UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 14

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES NON CONGÉNITAUX DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Décembre 1913

PAR

Raoul DELER

Né à Lodève (Hérault), le 14 juillet 1887

Ex-interne des Hôpitaux de Nimes

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

SARDA, *Président.*
VIRES, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé.
EUZIÈRE, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES NON CONGÉNITAUX DE L'UTÉRUS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 14

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES NON CONGÉNITAUX DE L'UTÉRUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Décembre 1913

PAR

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Raoul DELER

Né à Lodève (Hérault), le 14 juillet 1887

Ex-interne des Hôpitaux de Nimes (Concours 1911)

Ex-professeur adjoint du Cours d'accouchements et d'Anatomie à la Maternité du Gard (Concours 1911)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse — SARDA, *Président.* — VIRES, Professeur. — SOUBEYRAN, Agrégé. — EUZIÈRE, Agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O. ✲).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique médicale	RAUZIER.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé libre.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, ag. lib. ch. d. c

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. J. DELMAS.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ETIENNE.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	RIMBAUD.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	ROGER.
GAUSSEL.	EUZIERE.	LECERCLE.
RICHE.		

Examinateurs de la thèse :

MM. SARDA, Président.	MM. SOUBEYRAN, Agrégé.
VIRES, Professeur.	EUZIÈRE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance
et de profonde affection.

R. DELER.

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MES ONCLES ET A MES TANTES

R. DELER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SARDA

R. DELER.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

R. DELER.

À MESSIEURS LES DOCTEURS

HENRI BLANCHON

FERNAND BONNET

EDMOND MILHAU

Qu'ils soient toujours assurés de mon inébranlable amitié.

R. DELÉR.

MEIS ET AMICIS

R. DELER.

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter cette Faculté de médecine, où nous avons fait toutes nos études, et de renoncer à l'enseignement de Maîtres si écoutés ; ainsi que les hôpitaux de Nimes, où nous les avons complétées, il nous est agréable de jeter un coup d'œil en arrière et regarder le chemin parcouru. Si dure qu'ait pu nous sembler la route, c'est avec plaisir que nous revivons par la pensée les années de notre vie d'étudiant et d'interne. Nous ne saurions quitter la Faculté de Montpellier sans adresser nos remerciements aux Maîtres qui nous ont appris et fait aimer la médecine.

Que M. le professeur Sarda, qui a bien voulu accepter avec sa bienveillance habituelle d'être notre président de thèse, reçoive ici l'expression de toute notre gratitude.

Que M. le professeur Vires, pour qui nous étions encore hier un inconnu, soit remercié du grand honneur qu'il nous a fait en siégeant à notre thèse.

Nos remerciements vont également à M. le professeur agrégé Euzière.

Nous sommes profondément reconnaissant à M. le professeur agrégé Soubeyran de nous avoir donné des

indications pour mener à bien le modeste travail qui va suivre.

Nous ne saurions ici oublier nos Maîtres des hôpitaux de Nimes, auxquels nous sommes redevable de notre éducation clinique, et qui ont contribué pour une si grande part à notre formation médicale.

Que MM. les docteurs Olivier de Sardan, Mazel, Delord, Fabre, Colon, Lassalle, Gilis et Frilet soient assurés de notre profonde gratitude pour leurs conseils et leurs leçons cliniques au chevet du malade.

Interne de M. le docteur Suquet pendant dix-huit mois, nous avons été considéré par ce Maître bienveillant plutôt comme un ami que comme un élève; aussi le remercions-nous tout particulièrement, et l'assurons de notre profonde reconnaissance.

Que M. le docteur Fernand Bonnet, qui fut notre ami des premières heures, et en quelque sorte notre soutien moral pendant notre vie d'étudiant et d'interne, reçoive ici le témoignage de notre impérissable amitié.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES NON CONGÉNITAUX DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Les kystes de l'utérus sont rares, aussi ne trouve-t-on dans les traités classiques aucune description d'ensemble relative à cette question. C'est à peine si l'on rencontre chez certains auteurs des chapitres épars sans aucune classification.

Pour Legueu, il est même impossible d'essayer une description des kystes de l'utérus, ceux-ci n'étant, d'après lui, que des myomes transformés.

Ce n'est pas toujours la règle, et nous verrons au cours de ce travail que les kystes de l'utérus peuvent avoir des origines diverses.

Si l'étude de ces tumeurs n'est pas encore passée dans le domaine classique, c'est que les observations précises qui ont été publiées à ce sujet sont d'une extrême rareté. Cela est dû la plupart du temps au

défaut d'examen des pièces anatomiques enlevées au cours des différentes opérations gynécologiques.

On en fait le plus souvent un examen superficiel, macroscopique, et il est probable que, si l'on poussait plus loin l'investigation tant au point de vue histologique qu'anatomo-pathologique, on se rendrait mieux compte de la fréquence, relativement plus grande, des kystes de l'utérus.

Vivement intéressé par l'observation qu'a bien voulu nous communiquer notre maître, M. le professeur Soubeyran, ainsi que par celle que nous avons eu l'heureuse fortune de recueillir pendant notre séjour dans les hôpitaux de Nimes, nous avons pensé qu'il serait intéressant de tenter une classification de ces kystes et d'en faire une étude complète.

Nous avons pour cela rassemblé dans notre travail les observations les plus précises et les mieux analysées que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale.

Nous n'avons pas la prétention de croire que la classification que nous donnerons sera définitive, nous laissons à d'autres plus autorisés et plus compétents que nous le soin de le faire. Aussi on ne voudra bien voir, dans ce modeste travail, qu'un timide essai de classification méthodique, résultat des recherches bibliographiques nombreuses que nous avons faites à ce sujet.

Nous laisserons volontairement de côté les kystes dits « congénitaux », productions qui sont dues à des débris embryonnaires des canaux de Wolff ou de Müller. Nous ne nous occuperons que des kystes acquis.

HISTORIQUE ET CLASSIFICATION

On trouve dans l'utérus deux sortes de tumeurs kystiques. Les unes, produits de la dégénérescence de tumeurs primitives, telles que fibromes, sarcomes, et dans lesquelles le kyste apparaît comme un élément dû à l'évolution de la tumeur préexistante. Dans ce cas, ces kystes ou ces fibro-kystes sont surajoutés et en quelque sorte secondaires à l'infection qui leur a donné naissance.

Les autres, que nous appellerons kystes primitifs de l'utérus, sont des tumeurs qui se présentent à notre observation comme des éléments évoluant pour leur propre compte et pouvant se rencontrer avec d'autres affections de l'appareil génital, mais pouvant aussi apparaître comme phénomènes uniques évoluant en dehors de toute affection utérine.

L'histoire des kystes de l'utérus est assez récente. En 1839, Bouvier, dans le *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, rapporte une observation de kyste interstitiel de l'utérus.

Quelques années plus tard, Atlée, dans l'*American*

Journal of the medical science, en 1843, cite le cas d'un volumineux kyste de l'utérus.

Quelle était la nature de ces tumeurs ? il est bien difficile de le dire ; à cette époque-là l'anatomie pathologique n'était pas encore née ; de plus, quelques faits isolés n'ont pas une grande valeur scientifique s'ils ne sont complétés par un bon examen histologique. A cette époque, ces diverses observations paraissaient curieuses ; aujourd'hui on ne peut en tirer aucun enseignement, leurs auteurs émettant de simples suppositions sans rien préciser.

En 1847 paraît le mémoire de P.-C. Huguier, sur les « kystes de la matrice et sur les kystes folliculaires du vagin » (1) :

« Nous désignerons sous le nom de kystes de la matrice de simples poches membraneuses, closes, uniloculaires, pédiculées ou sessiles, développées dans l'épaisseur de la substance utérine, ou bien sur une des surfaces ; sur la membrane muqueuse ou la membrane séreuse qui la tapisse ; renfermant du mucus, ou de la sérosité, et ayant pour siège essentiel le tissu cellulaire sous-séreux ou les follicules muqueux de l'utérus. »

Ainsi on voit que, déjà à cette époque, on admettait l'existence de kystes utérins et que l'on tentait de les classer, suivant leur localisation, en sous-séreux interstitiels et sous-muqueux.

Cette classification en quelque sorte anatomique des kystes n'est tout à fait exacte, car la situation du kyste ne présume en rien de sa nature.

---

(1) Huguier. — Mémoire sur les kystes de la matrice et sur les kystes folliculaires du vagin (Mémoire de la Société de chirurgie de Paris, 1847, t. I, p. 241).

La classification d'Huguier en kystes muqueux interstitiels et séreux est basée sur l'observation et constitue le premier travail important dans l'histoire des kystes de l'utérus.

En 1854, L.-A. Ferrier dans sa thèse (1) signale l'existence des kystes de la muqueuse du corps de la matrice et en donne une bonne description avec 5 observations.

En 1857, Grenet fait dans sa thèse l'étude des kystes folliculaires de l'utérus.

Demarquay en 1876 rapporte dans son Traité clinique des maladies de l'utérus un cas de tumeur kystique.

En 1880, Lebec, dans sa thèse sur les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus, les classe comme Huguier suivant leur siège ; il ne parle pourtant pas des kystes muqueux signalés par ce dernier, mais il établit une distinction entre les kystes sous-péritonéaux, généralement multiples siégeant dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et même jusque dans les ligaments larges, quelquefois si petits qu'ils peuvent passer inaperçus, et les kystes vrais, développés dans l'épaisseur des parois utérines, principalement dans le fond. Pour lui ces kystes ressemblent à de petites loges creusées dans l'épaisseur de la paroi utérine.

Pendant quelques années, l'étude des kystes utérins va être délaissée, car la plupart des gynécologues nient leur existence. Nous entrons dans la période de négation.

En 1898, Perret, dans un article intitulé : « Les

(1) Ferrier. — Des fongosités utérines, des kystes de la muqueuse du corps de la matrice et des polypes fibreux de l'utérus (Thèse de Paris, 1854).

kystes de l'utérus », paru dans le *Lyon Médical* du mois de juillet, prétend que les kystes séreux simples de l'utérus n'existent pas en tant que tumeurs primitives et distinctes.

Druon, dans sa thèse de 1899, nie leur existence : « Quant aux kystes de l'utérus, dit-il, décrits autrefois comme des productions en quelque sorte essentielles, ayant une évolution propre et indépendante de tout processus néoplasique, ils ne sont plus admis à l'heure actuelle, on les considère comme des tumeurs kystiques dont la portion solide a subi dans sa totalité la transformation cavitaire. »

De nos jours, grâce au perfectionnement de la technique microscopique, il n'est plus permis d'être si catégorique. Il semble que, dans une étude d'ensemble comme celle-ci, on doive prendre, pour base de classification, l'anatomie et l'étiologie des kystes de l'utérus.

Huguier avait déjà vu qu'il existait dans l'utérus des kystes muqueux et des kystes séreux. D'après des travaux récents, il semblerait que les kystes séreux ne sont autre chose que des kystes congénitaux développés aux dépens des débris du corps de Wolff ou des canaux de Müller.

Nous avons retrouvé quelques observations de kystes sanguins, ceux-ci sont très rares et paraissent dus à [illegible] ou à une dégénéres-

[illegible] kystes hydatiques. On peut observer encore des kystes dermoïdes, mais ce fait est de la plus grande rareté, et on ne connaît que les observations de De Sinéty et de Shoemacker. Shoemacker considère, il est vrai, qu'il s'agissait de masses dermoïdes nées de la paroi utérine ;

mais quelques lignes plus haut, il nous dit que Kneass examina la pièce et trouva du tissu fibreux et un nodule qu'il considéra comme un fibrome avec dégénérescence calcaire. Il est probable que c'était une tumeur fibreuse dégénérée.

Nous diviserons les kystes non congénitaux de l'utérus en :

1° Kystes muqueux :

a) Adénomes ;

b) Kystes développés dans le col et dans sa cavité ;

c) Kystes du corps et du fond de l'utérus.

2° Kystes interstitiels :

a) Tumeurs fibro-kystiques ;

b) Kystes hydatiques ;

c) Kystes sanguins ou angiomateux.

3° Kystes séreux :

a) Tumeurs fibro-kystiques, pédiculées, à évolution abdominale ;

b) Kystes hydatiques.

KYSTES MUQUEUX

Si l'on s'en tient à la description que Huguier a donné de ces kystes, on voit que, d'après lui, ils peuvent siéger : « Au niveau de l'orifice supérieur (cervico-utérin) et même à un ou deux millimètres au-dessus sur les limites inférieures de la cavité du corps. Nous n'avons jamais rencontré ces tumeurs dans cette cavité même, ce qu'explique du reste très bien la rareté des follicules muqueux proprement dits dans cette portion de l'utérus. On conçoit même que, dans certaines circonstances, ils puissent remonter dans la cavité du corps, tout en prenant naissance dans celle du col. »

Nous voyons donc que si Huguier accepte comme vraie l'existence des kystes folliculaires du col de l'utérus, il nie la possibilité de ces kystes dans le corps de l'organe.

Les kystes folliculaires du col ont été, depuis longtemps, décrits sous le nom « d'œufs de Naboth » ; il nous semble que l'on doive aussi dans ce même groupe faire rentrer les productions néoplasiques kystiques telles que l'adénome du col ainsi que les adénomyomes.

Contrairement à l'opinion d'Huguier, nous admettons l'existence des kystes muqueux du corps de l'utérus.

Déjà, dès 1854 L.-A. Ferrier, dans sa thèse (1), affirmait l'existence et pouvait en rapporter 5 observations.

En 1857, Grenet (2) faisait à son tour l'étude des kystes folliculaires de l'utérus et apportait deux nouvelles observations.

En 1906, Mercadé (3), dans sa thèse sur les kystes et abcès de l'utérus, admet l'existence des kystes du corps, mais il avoue leur extrême rareté :

« Depuis la thèse de Grenet, nous n'avons pu trouver d'observations nouvelles, il semble qu'on n'y ait plus prêté attention ou que, les assimilant aux œufs de Naboth, on ne les ait pas jugé dignes depuis de fixer l'attention. »

Nous avons pu trouver dans les « Archiv. für Gynäcologie » de 1911 une observation de Frankl, d'un kyste muqueux du fond de l'utérus, et nous rapportons une observation de kyste muqueux de la cavité utérine que nous avons pu recueillir pendant notre internat dans les hôpitaux de Nimes.

Selon nous, les kystes utérins d'origine muqueuse peuvent se diviser en 3 groupes :

1° Hypertrophie des glandes utérines avec prolifération glandulaire donnant naissance à ce que nous avons appelé plus haut les adénomes de l'utérus;

---

(1) L.-A. Ferrier. — Des fongosités utérines, des kystes de la muqueuse du corps de la matrice et des polypes fibreux de l'utérus (Thèse de Paris, 1857).

(2) Grenet. — Des kystes folliculaires de l'utérus (Thèse de Paris, 1857).

(3) Mercadé. — Kystes et abcès de l'utérus (Thèse Paris, 1906).

2° Kystes glandulaires développés dans le col (œufs de Naboth), et dans la cavité du col (kystes muqueux du col proprement dits) ;

3° Kystes muqueux du corps et du fond de l'utérus.

Etiologie. — La fréquence des kystes muqueux de l'utérus, si l'on excepte les kystes du col décrits sous le nom d'œufs de Naboth, sont très rares.

Faut-il en déduire, comme le fait Huguier, que cette rareté est due au petit nombre de glandes que l'on trouve dans la cavité utérine? Nous ne le croyons pas. Les glandes de la muqueuse du corps utérin sont aussi nombreuses que celles du col. L'étude anatomo-histologique de cette muqueuse nous montre que le nombre de ces glandes diminue à mesure que l'on se rapproche des trompes.

On ne peut donc se baser sur les données anatomiques pour expliquer la rareté des kystes muqueux du corps ; il semble que l'étude de la physiologie de ces glandes doive nous apporter quelque éclaircissement à ce sujet. Ces glandes sont tapissées d'un épithélium cylindrique analogue à celui qui recouvre la muqueuse, elles sécrètent peu à l'état normal et elles paraissent à l'utérus des réserves pour renouveler son épithélium fournir après les règles et après les couches (Launois). Le faible fonctionnement de ces glandes fait qu'elles sont peu exposées à subir des altérations pathologiques, de là peut-être la raison de la rareté de leur transformation kystique.

Les glandes du corps, ne se développant que vers l'âge de 8 à 10 ans, c'est-à-dire presque au moment de la puberté, les kystes muqueux ne pourront se développer avant cette époque.

A la ménopause, les glandes du corps subissent une atrophie notable et Möricke a démontré que ce processus d'atrophie pouvait à lui seul déterminer la formation de petits kystes ; on peut cependant en rencontrer chez des femmes moins âgées en pleine activité génitale mais chez lesquelles on trouve souvent des lésions d'endométrite chronique.

Pathogénie. — *Adénomes.* — On voit parfois se développer au niveau de la muqueuse utérine, le plus souvent venus de la cavité de l'utérus, des tumeurs pédiculées, formées d'un grand nombre de petites tumeurs secondaires, ordinairement kystiques, et qui prennent la forme de grappes, de mûres ou de framboises. Ces tumeurs polypeuses sont composées de tubes glandulaires ayant conservé leur épithélium normal, il y a donc hypertrophie des glandes utérines sans dégénérescence, ce sont de véritables adénomes. Le tissu conjonctif interglandaire a disparu ou bien n'existe que sous la forme d'une couche très mince qui isole les glandes. Celle-ci sont très fluxueuses, tassées les unes contre les autres et ne présentant plus ni leur forme normale ni leurs rapports physiologiques.

Au point de vue histologique, ces tumeurs sont formées de tubes glandulaires présentant une épithélium disposé sur une seule couche et dont les cellules ont conservé leurs caractères normaux. Dans certains cas, il n'y a pas de transformation kystique, la muqueuse utérine entière étant envahie par des proliférations glandulaires toujours à type normal ; c'est ce que Schrœder et Hofmeier ont décrit sous le nom d'adénomes diffus et d'adénomes circonscrits.

Dans le premier cas, ces tumeurs peuvent être ratta-

chées à l'endométrite chronique ; dans ce cas les formations glandulaires très abondantes ne subisssent pas la transformation kystique, ce qui arrive assez fréquemment dans la forme circonscrite où un grand nombre de glandes sont distendues et transformées en kystes. Pour qu'il y ait constitution du kyste il faut non seulement qu'il y ait hypertrophie glandulaire, mais encore oblitération de la glande.

Certains auteurs admettent que toute la muqueuse s'épaissit et se rétracte, et qu'il se développe dans sa portion supérieure de très nombreux petits kystes en forme de perles qui doivent donner naissance à l'oblitération des glandes.

Kystes du col. — Sous l'influence d'une inflammation aiguë ou chronique, les glandes de la muqueuse cervicale subissent des transformations. Elles se dilatent, les cellules qui les tapissent entrent en voie de dégénérescence et il s'écoule de ces glandes un liquide muqueux riche en leucocytes et en débris épithéliaux. Ces transformations kystiques des glandes évoluent vers deux productions pathologiques : la première sous forme de polypes muqueux ; la seconde, des œufs de Naboth.

Les polypes muqueux forment des amas qui se détachent à la surface du col ; plus ou moins franchement pédiculés, restant dans la cavité utérine ou hors de l'orifice du museau de tanche, ils sont constitués par des glandes dilatées ayant subi une transformation kystique.

Les œufs de Naboth sont de petits kystes superficiels, ayant la forme d'un grain jaunâtre, semblables à de petites pustules d'acné. Ils renferment, en général, un liquide jaune clair, ils sont formés d'une paroi de tissu conjonctif tapissée d'un épithélium de cellules cubiques

ou cylindriques. S'ils sont très nombreux, ils donnent lieu à ce que Labadie-Lagrave et Legueu ont appelé la dégénérescence kystique du col.

Kystes du corps. — « Dans le corps, les kystes muqueux ne se présentent guère comme un accident pathologique isolé dans la vie génitale de la femme. On ne trouve jamais un kyste unique formant à lui seul toute la maladie, on a affaire à une véritable dégénérescence kystique ; de nombreuses glandes subissent cette transformation... Leur orifice se ferme pour emprisonner dans leurs canaux les produits de sécrétion dont l'accumulation va former le kyste. On comprend ainsi que cette dégénérescence atteigne la muqueuse toute entière, et pourquoi cette affection ne se montre jamais à l'âge sexuel de la femme, c'est-à-dire à une période où les glandes du corps ont un rôle nettement défini (1). »

Anatomie pathologique. — *Adénomes.* — Ces tumeurs, ainsi que nous l'avons vu plus haut, prennent naissance dans la muqueuse utérine, et leur masse principale est formée par des glandes proliférées. L'examen histologique a montré à Fritsch que ces adénomes sont ordinairement composés de tubes glandulaires, présentant un épithélium disposé sur une seule couche dont les cellules ont conservé leurs caractères normaux.

Kystes du col. — Ces kystes sont la plupart du temps le résultat d'une inflammation de la muqueuse du col de l'utérus ; il se produit à la suite de cette inflammation une prolifération très active des divers éléments de la

---

(1) Mercadé. — Kystes et abcès de l'utérus, p. 31 (Thèse de Paris, 1906).

muqueuse, les glandes s'allongent de plus en plus et leur cul-de-sac pénètre dans la trame fibro-conjonctive de la paroi. Le tissu interstitiel s'infiltre de très nombreux éléments embryonnaires, il fait saillie dans les espaces qui séparent les orifices des glandes, celles-ci sont agrandies, remplies de mucus épais qui se prolonge jusque dans l'intérieur des glandes et adhère intimement aux cellules. Les glandes comprimées par la prolifération interstitielle, oblitérées en quelques points, présentent des renflements, des dilatations kystiques, qui se traduisent quelquefois par des bosses à la surface externe du col. Par suite de l'accroissement de ces glandes, elles arrivent à traverser de dedans en dehors presque toute l'épaisseur de la paroi cervicale, et les dilatations ampullaires qu'elles forment n'étant plus recouvertes que par l'épithélium pavimenteux stratifié du museau de tanche, sont visibles au spéculum, perceptibles au toucher, du volume d'un grain de mil à celui d'un gros noyau de cerise. Ce sont les œufs de Naboth.

Kystes du corps. — Ce sont de petites tumeurs sessiles quelquefois pédiculées qu'on observe sur la muqueuse du corps de l'utérus ; elles sont tantôt arrondies, tantôt piriformes et plus ou moins transparentes. Comme pour les kystes du col, ces productions ne sont jamais uniques et l'on observe la plupart du temps une sorte de dégénérescence kystique de la muqueuse, si bien que l'on a pu trouver jusqu'à 10, 20 et même 30 petites tumeurs ; leur volume n'est pas uniforme, il peut aller d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois ou d'une petite noisette, on les rencontre sur tous les points de la muqueuse, sans qu'ils paraissent avoir un lieu d'élection spécial.

Les plus gros kystes se trouvent ordinairement près

du fond de l'utérus. La muqueuse paraît ordinairement légèrement enflammée. La paroi de ces kystes est généralement très mince et très facile à inciser.

Au point de vue histologique, leur paroi est composée de fibres de tissu cellulaire entrecroisées en différents sens. Presque toujours isolés, ils sont tapissés intérieurement par un épithélium qui cylindrique à l'état normal devient pavimenteux.

Le contenu de ces kystes est généralement transparent, quelquefois visqueux, filant et albumineux, parfois même brunâtre.

Symptomatologie. — Les symptômes des adénomes diffus de l'utérus n'offrent rien de bien particulier ; il se confondent avec ceux de l'endométrite chronique, tandis que les adénomes circonscrits offrent toute la symptomatologie des polypes muqueux de l'utérus. L'utérus examiné après l'hystérectonnie paraît légèrement augmenté de volume, parfois on observe en plus une oblitération du col. De temps en temps il peuvent donner lieu a de petits écoulements séreux par ouverture de l'un d'eux et évacuation dans le vagin.

Il n'existe pas de trouble bien net de la menstruation qui d'ailleurs n'est bien souvent pas encore établie ou a déjà disparu, et l'on peut dire que l'on ne connaît pas encore de symptôme net pouvant donner lieu à un diagnostic précis.

Celui-ci paraît à peu près impossible. On pourra peut-être soupçonner leur existence quand on aura fait à la femme plusieurs examens au spéculum après dilatation préalable de la cavité utérine. On ne confondra par ces kystes avec la môle hydatiforme qui évolue de façon tout à fait différente.

Le pronostic est toujours bénin. La dégénérescence kystique de la muqueuse, affection de la vieillesse, ne touche en rien à la santé de la femme.

Le traitement sera purement expectatif. Peut-être en présence de kystes multiples diagnostiqués pourra-t-on faire l'ablation de ces tumeurs en faisant un curettage consciencieux de la cavité utérine.

OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran

Kyste glandulaire de la cavité du col de l'utérus

Femme de 35 ans, originaire du Gard, multipare, vient nous consulter parce qu'elle a constaté l'existence d'une tumeur située dans le vagin et qui apparaît à la vulve à l'occasion du moindre effort.

Les antécédents personnels de la malade sont bons ; à part une légère bronchite dans le jeune âge, elle n'accuse rien de particulier. Réglée à 12 ans. Les règles étaient régulières, sans dysménorrée, sans caillots, d'une durée de 4 jours en moyenne et d'abondance normale ; pas de pertes blanches. Mariée à 24 ans, elle est devenue de suite enceinte. A ce moment, elle signale l'apparition de pertes blanches, de couleur légèrement roussâtre, empesant le linge et ayant déterminé, pendant la grossesse, une légère irritation vulvaire. En dehors de ce petit accident, la grossesse a évolué nor-

malement et s'est terminée par la naissance à terme d'un enfant vivant qui a été emporté au cours de sa deuxième année par une gastro-entérite.

Deux ans après, nouvelle grossesse à évolution normale, accouchement normal, suites de couches bonnes.

Troisième grossesse en 1908, bonne ; présentation du siège, accouchement normal, enfant vivant, suites de couches bonnes.

En 1910, dernière grossesse bonne, accouchement long, la femme accuse une rupture prématurée des membranes, l'enfant en présentation du sommet est extrait avec le forceps.

Entre ces différentes grossesses la malade dit avoir eu des pertes blanches continuelles ; elle aurait ressenti une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, une légère douleur du côté des reins, s'irradiant vers les cuisses ; quelques phénomènes dyspeptiques et en particulier quelques vomissements. Depuis un an environ les pertes ont pris un aspect muco-purulent ; de plus on note l'apparition d'une douleur plus vive dans le bas-ventre, la marche et la station debout devenant de plus en plus pénibles empêchent la malade de vaquer à ses occupations journalières ; elle a en même temps constaté la présence à la vulve d'une tumeur arrondie qu'elle attribue à une descente de matrice.

En présence du passé génital et obstétrical de cette malade, les données de l'interrogatoire semblent en effet aiguiller le diagnostic vers cette dernière hypothèse.

Examen. — La malade est placée en position gynécologique, les lèvres de la vulve écartées ; en priant la malade de tousser, nous apercevons une tumeur arrondie, lisse, de coloration grisâtre, de la grosseur d'une noix, présentant une consistance élastique, mais assez

fortement tendue. Il ne s'agit pas de l'utérus, mais d'une tumeur dont le toucher nous permet de constater l'origine. L'index introduit dans le vagin nous montre que nous sommes en présence d'une tumeur ovoïde flottant dans le vagin et insérée dans la cavité du col par un pédicule assez allongé. Ce dernier a un volume légèrement inférieur à celui du petit doigt et est assez dur.

Deux doigts introduits dans le vagin permettent d'apprécier la rénitence de la tumeur qui, étant lisse et tendue, présente tous les caractères d'un kyste.

L'utérus est à sa place, le col est gros, légèrement dévié en avant, dilaté, ce qui permet de se rendre compte de l'insertion du pédicule sur la paroi postérieure de la cavité du côlon.

L'examen au spéculum permet de compléter les renseignements fournis par le toucher. Il s'agit bien d'un kyste dont la paroi, très amincie par place, est transparente et fait penser que le contenu est un liquide clair.

A l'hystérométrie, cavité utérine normale ; rien du côté des annexes.

Opération. — Dilatation extemporanée à l'aide des mandrins de Hegar. Anesthésie locale de la base du pédicule, à la stovaïne. Section du pédicule au ras de la muqueuse au ciseau. Cautérisation au nitrate d'argent. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Suites opératoires excellentes.

Examen de la pièce. — Le kyste est de la grosseur d'une noix, le contenu est un liquide filant, clair, légèrement jaunâtre.

L'examen histologique n'a pas été fait.

OBSERVATION PERSONNELLE

Kyste muqueux du corps de l'utérus. — Fibromatose utérine. — Ovarite scléro-kystique. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Mme M. S., de Nimes, 53 ans, entre à l'hôpital Ruffi de Nimes, le 4 octobre 1911, dans le service de gynécologie pour des métorragies abondantes.

Les antécédents héréditaires de cette malade ne présentent que peu d'intérêt.

Ses antécédents personnels sont plus intéressants.

Elle accuse une crise de rhumatisme articulaire aigu à 20 ans, une typhoïde à 22 ans.

Réglée à 17 ans, ses règles étaient assez abondantes, duraient 3 jours et présentaient le type de la dysménorrée ovarienne.

Entre les règles, quelques pertes blanches.

Mariée à 24 ans, elle est restée 6 ans sans grossesses.

Elle a eu par la suite 4 enfants : les grossesses et les accouchements ont été normaux, sauf le dernier, où l'intervention d'un accoucheur aurait été rendue nécessaire par la présence d'un placenta prævia ; le dernier

enfant vint mort et l'extraction du délivre dut être faite manuellement et aurait présenté de sérieuses difficultés.

Un an après, la malade aurait fait une fausse accouche de 3 mois environ.

A la suite de cette dernière, les règles, qui autrefois ne duraient que 3 jours, se prolongent maintenant pendant une semaine ; puis sont apparues des ménorragies. Insensiblement arrivèrent des pertes de plus en plus abondantes, et à plusieurs reprises la malade dut s'aliter. On aurait pu espérer qu'au moment de la ménopause ces pertes qu'un médecin appelé en consultation avait vu être sous la dépendance d'un fibrome se seraient arrêtées et que la tumeur elle-même auraient régressé.

Il n'en a rien été, et la malade remarque au contraire que son ventre présentait une grosseur du côté gauche, en même temps que se développait un ensemble symptomatique de compression par tumeur pelvienne ; douleurs dans le bas-ventre, avec irradiation dans les lombes et dans les jambes, œdème des membres inférieurs.

Son médecin traitant, en présence de ces symptômes, lui conseille d'entrer à l'hôpital pour s'y faire opérer.

A l'examen, la région hypogastrique présente une saillie de forme ovoïde à grand axe dirigé du côté gauche. L'ombilic est légèrement déplissé ; cette tumeur est dure, difficilement mobilisable au palper et paraît toute développée dans la partie gauche de l'abdomen. Il semble que l'on se trouve en présence d'une tumeur utérine ; on peut en effet facilement délimiter le fond utérin et on remarque à la surface de cet utérus des saillies de la grosseur d'une mandarine, dont l'une paraît occuper la corne gauche de l'utérus.

Au toucher, le cul-de-sac antérieur est rempli par

une tumeur arrondie qui bombe en avant et qui repousse le col en arrière ; celui-ci est gros, dur, fermé, col de multipare, avec une large déchirure à la commissure gauche.

Le cul-de-sac de Douglas est libre, le cul-de-sac latéral gauche est rempli par une tumeur qui paraît faire corps avec l'utérus. Rien à droite.

Les annexes, difficilement perceptibles, sont douloureuses et légèrement augmentées de volume. L'hystérométrie donne 10 centimètres comme longueur de la cavité utérine, elle est difficile à faire, l'hystéromètre venant butter contre une tumeur faisant une sorte de barrage et obligeant l'instrument à chercher sa voie à côté. Cette dernière manœuvre s'accompagne d'un léger suintement séro-sanguinolent.

Le diagnostic porté fut celui de fibrome utérin, et, en présence de l'immobilité de la tumeur, il fut décidé que l'on ferait une hystérectomie abdominale.

Opération (le 16 octobre 1911). — Laparotomie médiane. La tumeur remplit l'excavation, et, comme l'avait montré l'examen, présente un développement plus grand du côté de la trompe gauche ; elle est toute formée par l'utérus qui présente trois nodules : l'un, de la grosseur d'une mandarine ; l'autre, d'un œuf de poule, et le troisième, du côté de la corne droite, du volume d'une petite noix.

L'utérus, libéré d'adhérences intimes avec l'intestin, est ramené en avant et extrait du ventre avec le tire-bouchon de Segond. Les annexes, que l'on peut alors saisir, sont volumineuses, en particulier les ovaires, qui présentent des kystes, dont quelques-uns, kystes hématiques des corps jaunes.

Du côté gauche, l'ovaire est légèrement adhérent à la

face postérieure de l'utérus. Hystérectomie subtotale d'après le procédé Terrier. La suture du moignon cervical est pénible en raison de la consistance ligneuse du tissu utérin. Suture de la paroi abdominale à 3 plans.

Suites opératoires excellentes. La malade se lève le 15e jour et sort guérie le 12 novembre.

Nous avons examiné après l'opération la pièce enlevée. L'utérus présente à la face antérieure, un peu au-dessus de la section de l'isthme, la tumeur que l'on percevait dans le cul-de-sac antérieur. Il est du volume d'une grosse tête fœtale ; pesé le lendemain de l'opération, son poids est 1.250 grammes.

A l'ouverture, on s'aperçoit que la cavité utérine est toute refoulée vers la droite et en arrière par les 2 tumeurs les plus grosses ; la muqueuse présente des fongosités et un piqueté hémorragique, mais ce qui est plus intéressant c'est la présence au milieu de la face postérieure d'une tumeur pédiculée ayant la forme d'une langue, de couleur rougeâtre, et présentant par place de petites tumeurs transparentes formées par de petits kystes du volume d'un pois, remplis d'une sérosité jaunâtre ; nous en avons compté huit.

A la section, on remarque qu'il s'agit d'une sorte de polype kystique pédiculé ; il est probable que l'écoulement séreux que nous avons provoqué lors de l'hystérométrie n'était dû qu'à la perforation de l'un de ces kystes par l'instrument.

Cette observation est intéressante en ce sens qu'elle nous prouve l'existence niée par certains auteurs des kystes muqueux du corps de l'utérus et la

coexistence de fibromes multiples et de lésions du côté des ovaires.

Observation I

(Ferrier. — Thèse Paris. 1854)

Utérus d'une femme de 32 ans.

Sur les parties médiane, antérieure et postérieure, à 2 centimètres au-dessous du fond de l'organe, la muqueuse présente un boursoufflement occupant 2 centimètres d'étendue verticale et 1 centimètre d'étendue transversale ; elle est, dans ce point, plus molle et plus foncée en couleur. Au niveau de l'ouverture utérine des trompes existent une injection très fine et une foule de petits kystes. Parmi eux, il en existe deux plus volumineux, situés l'un à côté de l'autre ; ils contiennent un liquide limpide, perlé ; leurs parois sont recouvertes par de fins vaisseaux capillaires. Dans un de ces kystes existe à son centre un petit noyau rouge.

Observation II

(Ferrier. — Thèse Paris. 1854)

Utérus d'une femme de 40 ans.

Dans l'intérieur de cet utérus d'une femme d'une

quarantaine d'années nous pouvons compter au moins 25 petits kystes. Les plus volumineux sont au nombre de quatre ; ils ont le volume d'un petit pois ; ils sont situés à peu près à 2 centimètres au-dessus de la limite qui sépare le col du corps. Paroi mince, liquide transparent, visqueux et filant. Sur la partie latérale gauche du corps de l'utérus on aperçoit une injection très fine de la muqueuse.

Tous ces kystes forment une saillie au-dessus de la muqueuse, et en promenant le doigt au-dessus on sent comme de petites rugosités.

Observation III

(Ferrier. —Thèse Paris, 1854)

Utérus d'une femme âgée.

Tout au fond de l'utérus on distingue un kyste du volume d'une petite noisette contenant dans son intérieur une matière jaunâtre ressemblant à de la matière tuberculeuse mais n'en étant pas. Cette matière jaune laisse apercevoir au microscope des granulations graisseuses, des gouttes d'huile et des cristaux de cholestérine. Les parois de ce kyste sont très minces, son insertion se fait sur la ligne médiane du fond de la matrice.

Observation IV

(Ferrier. — Thèse Paris, 1854)

Utérus d'une femme âgée.

Dans un espace de 1 centimètre carré à peine, on voit

au niveau de la trompe gauche surtout une trentaine de petits kystes. Du côté de la trompe droite il existe aussi de ces petits kystes ; ils sont moins nombreux mais plus volumineux. L'utérus de cette femme présente encore d'autres altérations. (L'auteur n'en fait pas mention.)

Observation V

(Ferrier. — Thèse Paris, 1851)

Utérus d'une femme de 52 ans.

En examinant l'utérus à l'extérieur, nous trouvons le col complètement oblitéré sur la ligne médiane, les deux lèvres sont réunies par des brides fibreuses sur une étendue d'à peu près 1 centimètre. De chaque côté existe une fente qui semble, à première vue, conduire dans l'intérieur de l'organe ; mais un stylet introduit par cette fente est bientôt arrêté et n'y pénètre nullement ; par une injection, on n'y pénètre pas davantage. Derrière le col ainsi oblitéré se trouve, accumulé dans un cul-de-sac, un mucus gélatiniforme, bien lié.

En incisant l'utérus sur la ligne médiane, on voit s'en écouler une assez grande quantité de ce liquide qui se trouvait là comme emprisonné.

Il existe dans l'intérieur du corps de l'utérus et à sa partie antérieure, des kystes en assez grand nombre dont cinq surtout sont apparents. En supposant l'utérus incisé sur la ligne médiane, trois de ces kystes occupent la partie latérale droite.

Les trois kystes situés à gauche sont étagés et se recouvrent réciproquement : le plus supérieur est situé au

niveau de l'ouverture de la trompe, le plus inférieur à 2 centimètres à peu près au-dessous de cette ouverture ; leurs parois sont injectées par de petites arborisations vasculaires très fines, elles présentent une coloration plus foncée à leur partie interne ; elles sont très minces et laissent écouler à l'incision un liquide transparent. Ceux qui sont situés à droite sont au nombre de deux, ils sont séparés l'un de l'autre par un petit intervalle et présentent sur leurs parois une injection fine ; toute la muqueuse du corps de l'utérus, surtout au niveau de ces kystes, est criblée de petits vaisseaux capillaires.

Observation VI

(*In* thèse Brahic, 1913)

Kyste de la paroi antérieure du col utérin

Catherine B..., âgée de 45 ans, née à Perpignan, entre le 13 mai 1899 dans le service de M. le professeur Tédenat.

La malade a toujours été en bonne santé ; réglée à l'âge de 17 ans, la menstruation est régulière, dure de 3 à 4 jours, indolore et perd peu à la fois. Accouchements normaux à terme. Suites de couches bonnes. Quelques pertes blanches à la suite du dernier accouchement, il y a 13 ans.

N'a pas d'antécédents héréditaires. Frères et sœurs bien portants.

Maladie actuelle. — Il y a deux ans, la malade a

commencé à s'apercevoir que les règles, qui ne duraient que 3 ou 4 jours, duraient 5 ou 6 jours. Pas de douleurs, pas de caillots, pas d'odeur, pas d'hydrorrée, quelques pertes blanches.

Depuis trois mois environ, la malade a commencé à perdre plus abondamment. Tous les 15 jours environ les métrorragies se reproduisent durant environ 5 jours et très abondantes chaque fois. Peu de caillots. Pas de douleurs. Pas d'augmentation de volume du ventre. Pas de troubles de la miction. Pas de constipation. Perte d'appétit. Amaigrissement.

Etat actuel. — Paroi abdominale flasque, ridée, conservant le pli sénile.

Toucher vaginal. — Vulve et vagin normaux. Cul-de-sac postérieur et latéraux normaux. Cul-de-sac antérieur diminué par une petite tumeur. Le col est épais, long de 8 à 12 millimètres, il est ouvert et il encadre, par ses 3/4 postérieur et latéraux, une tumeur arrondie, qui le continue avec l'autre 1/1 du col dans lequel elle prend naissance.

Cette tumeur est sessile et s'implante assez haut dans l'intérieur du col. La main appliquée sur l'utérus sent qu'il remonte à 5 ou 6 travers de doigt au-dessus du pubis, à droite de la ligne médiane.

A gauche il présente des bosselures dures et c'est une de ces dernières qui vient remplir le fornix antérieur. L'utérus est mobile, et, bien qu'on ne puisse apprécier exactement l'état des annexes, on peut penser qu'elles ne sont pas lésées, à cause de l'absence de douleur.

Opération (le 21 mai). — On tombe sur un kyste occupant la paroi antérieure de l'utérus et descendant jusqu'au col, qui donnait au toucher cette sensation de

tumeur dans le cul-de-sac antérieur. On dissèque ce petit kyste, on curette et on suture les lèvres de la plaie au catgut. On fait le lavage vaginal et l'on tamponne à la gaze iodoformée.

Le 25, on fait un pansement et l'on constate qu'il n'y a pas de suppuration, que les tissus sont souples et qu'il n'existe pas d'inflammation péri-utérine.

Le 28, deuxième pansement avec lavage vaginal.

Le 4 juin, la cicatrisation est complète, la cicatrice est souple et ne déforme en rien le cul-de-sac antérieur.

Examen de la pièce. — Le liquide clair, légèrement visqueux, contenait de nombreuses cellules épithéliales cubiques, à gros noyau.

La paroi du kyste était formée de tissu connectif, avec quelques rares fibres élastiques, avec à la périphérie des fibres musculaires lisses appartenant probablement à l'utérus. Sa face interne présentait des papilles très nettes et était recouverte d'une seule couche d'épithélium cubique allongé.

(*Observation recueillie par M. Brinlet.*)

L'opération, ajoute M. Montamat, n'a pas révélé l'existence d'un cordon gärtnérien. Toutefois, l'examen histologique et les dimensions de la tumeur ne permettent guère de penser à autre chose qu'à un kyste d'origine wolffienne.

Observation VII

(Grenet. — Thèse Paris, 1857)

Femme de 40 ans.

Robin trouve à l'autopsie dans l'intérieur de l'utérus une vingtaine de petits kystes. Les plus volumineux sont au nombre de quatre. Ils ont le volume d'un pois, ils sont situés à 2 centimètres au-dessus de la limite qui sépare le col du corps. Parois minces, liquide transparent et visqueux. Sur la partie latérale gauche on aperçoit une foule de petits kystes et une injection très fine de la muqueuse.

Observation VIII

(Grenet. — Thèse Paris, 1857)

Utérus appartenant à une femme de 52 ans.

Derrière le col, qui est oblitéré, se trouve accumulé un mucus gélatiniforme et bien lié. Il existe dans l'intérieur du corps de l'utérus et à sa partie antérieure des kystes en assez grand nombre, dont cinq sont surtout apparents. Leurs parois sont minces et injectées par de fines arborisations; à l'incision, il s'en écoule un liquide albumineux. Toute la membrane

de l'utérus, surtout au niveau de ces kystes, présente une injection vasculaire très notable.

Observation IX

(O. Frankl, de Vienne. — Arch. für Gynäcologie, 1911)

Femme de 39 ans, mère de 7 enfants, sans antécédents pathologiques, qui souffre depuis quelque temps des douleurs dans la région sacrée.

On trouve à l'examen une tumeur pelvienne grosse comme une tête d'enfant, fluctuante, mobile, semblant refouler l'utérus à droite et en arrière. Opération : Incisison de Pfannenstiel ; kyste développé dans le fond de l'utérus, près de la corne utérine gauche ; l'insertion de la trompe de ce côté est plus élevée que du côté sain, et la ligne qui les réunit est oblique vers la droite et non pas transversale. Hystérectomie subtotale. Guérison per primam.

La section sagittale du corps utérin au niveau du kyste conduit dans une sorte de cavité à parois lisses ; cette cavité, réduite il est vrai à l'état de fente, est presque complètement remplie par un kyste à parois minces ; ce kyste est suspendu par un petit pédicule à la paroi postérieure de la cavité, il est libre dans tout le reste de son étendue. L'examen histologique nous montre que le revêtement épithélial de la cavité dans laquelle flottait le kyste, comme celui du kyste lui-même sur ses deux faces, est formé des mêmes éléments : rangée unique de cellules cubiques hautes,

à protoplasma finement granuleux, à noyau foncé situé à leur base, et présentant par endroits des cils vibratiles. La cavité périphérique est entourée de fibres musculaires lisses ; il en existe aussi dans la paroi du kyste et on en retrouve dans le pédicule de celui-ci ; enfin les fonds d'un certain nombre de glandes utérines entrent en contact avec le pédicule du kyste. Il semble donc qu'il s'agisse d'une dilatation kystique de deux glandes dont l'une est invaginée dans la première : l'une formant la cavité en fente périphérique, l'autre le kyste proprement dit.

KYSTES INTERSTITIELS

Sous la dénomination de kystes interstitiels nous nous occuperons de toutes les productions kystiques que l'on peut rencontrer dans la couche musculaire de l'utérus. Suivant leur étiologie respective on peut classer ces kystes en:

1° Kystes sanguins :

a) Primitifs (angiomes) ;

b) Secondaires (transformation hématique d'un kyste déjà existant).

2° Kystes hypathiques :

a) Primitifs ;

b) Secondaires.

3° Tumeurs fibreuses interstitielles dégénérées (tumeurs fibro-kystiques).

I. — **Kystes sanguins**

Ce sont de tous les kystes de l'utérus ceux que l'on rencontre le plus rarement. On peut les diviser en deux grands groupes :

1° Les angiomes kystiques proprement dits.

2° Les transformations sanguines des kystes déjà existants.

Pathogénie. — « L'angiome caverneux peut produire un kyste sanguin de deux façons par oblitération ou par rupture.

» Dans le premier cas, un vaisseau s'oblitère en deux points suffisamment éloignés pour permettre au sang stagnant contenu dans ce segment de devenir un véritable kyste sanguin. C'est ce processus qu'invoquait Holmes-Coste quand il cherchait à expliquer la formation des kystes au cours dès angiomes en général.

» Dans le deuxième cas, dans un utérus frappé de dégénérescence variqueuse ou présentant un angiome caverneux, il peut se produire à l'occasion d'un effort la rupture d'un virus et la formation d'un kyste sanguin. Ce kyste peut dès lors subir un accroissement graduel. C'est cette hypothèse qu'émet Webster pour expliquer la formation du kyste sanguin dont il rapporte l'histoire (1). »

Les kystes en général peuvent subir la transformation sanguine. A la suite d'une chute, d'une contusion, d'un effort, un des vaisseaux de la paroi kystique peut se rompre et donner lieu à un épanchement sanguin à l'intérieur du kyste déjà existant. Cette complication des kystes de l'utérus est commune à toutes les kystes en général et n'est pas spéciale à l'utérus.

Etiologie. — Les kystes sanguins se développent

---

(1) Mercadé.— *Loc. cit.*

ordinairement dans les utérus qui sont déjà le siège d'altérations pathologiques. On peut les rencontrer à tout âge. Aflection fréquemment congénitale, ils n'apparaissent avec leur complet développement qu'à l'âge adulte. Leur cause véritable est encore inconnue.

« Boldt, en rapportant le cas de Klob, pense que l'angiome caverneux s'est développé au point d'insertion du placenta et qu'il s'agissait d'une paralysie des fibres musculaires de cette région de l'utérus qui de ce fait n'avaient pas subi l'involution régulière tandis que le reste de l'organe était revenu à son état normal (1). »

Cette explication ne peut s'appliquer à l'observation de Boldt dans laquelle la femme était une nullipare. Si nous ne connaissons pas la cause exacte des angines de l'utérus, on peut cependant admettre qu'un traumatisme, ou qu'un effort brusque, puisse suffire pour provoquer leur formation. Nous voyons en effet que la malade de Webster accuse comme phénomène causal un effort qu'elle avait fait en soulevant un baquet très lourd, six mois auparavant.

Anatomie pathologique. — C'est au niveau du corps que siège ordinairement l'angiome de l'utérus. Si l'on admet l'hypothèse de Boldt, ceci ne surprendrait pas ; nous savons en effet que le placenta s'insère le plus fréquemment à ce niveau.

Les dimensions de ces kystes est variable ; leur volume, lorsqu'ils sont consécutifs aux kystes embryonnaires,

---

(1) Id., *ibid.*

va de celui d'un pois à celui d'une noix. Les kystes d'origine angiomateuse sont plus gros : dans le cas rapporté par Lafon le kyste sanguin avait la grosseur du poing.

Le contenu de ces kystes est ordinairement du sang pur, parfois c'est un liquide noirâtre dans lequel on trouve des débris de fibrine et quelques cristaux de cholestérine, ainsi que du sang plus ou moins anciens.

Leur paroi est d'épaisseur variable, et variable suivant les divers points d'un même kyste. Dans les kystes angiomateux, cette paroi est formée par celle du vaisseau qui lui a donné naissance, tandis que dans les kystes sanguins secondaires la paroi ne diffère en rien de celle du kyste préexistant ; on n'y rencontre qu'une altération, c'est celle du vaisseau qui a produit l'hémorragie.

Etude clinique. — L'apparition d'un kyste sanguin est toujours précédée d'une longue période à symptomatologie latente, pendant laquelle l'évolution se fait lentement et n'occasionne que quelques troubles vagues.

Que l'on soit en présence d'un kyste ou d'un angiome, l'état de la tumeur reste longtemps stationnaire, avant de déterminer la formation d'un kyste sanguin.

Pendant la période initiale, l'attention du médecin est attirée du côté des organes génitaux par les modifications dont se plaint la malade du côté de sa menstruation.

Elle accuse en effet des pertes sanguines assez abondantes, très rapprochées les unes des autres, la femme se trouve toujours en sang.

Pensant à une rétention d'un débris placentaire, on

pratique un curettage de la cavité utérine et malgré ce la femme continue à saigner. En même temps elle commence à se plaindre de douleurs vagues dans le petit bassin.

Tandis que les pertes sanguines deviennent plus fréquentes, l'état de la malade s'altère.

Cette dernière fait-elle un effort ? subit-elle un traumatisme ? le kyste sanguin se forme brusquement en déterminant une violente douleur dans le bas-ventre.

En même temps l'hémorragie peut prendre une allure inquiétante.

Comme signes objectifs, on trouve, soit par le palper, soit par le toucher, une tumeur dont le développement rapide ne laisse pas de surprendre.

Le kyste peut évoluer de plusieurs manières : il peut y avoir résorption, ou bien l'hémorragie se répétant on peut assister à l'augmentation de volume de plus en plus grande du kyste et à sa rupture, laquelle peut occasionner une hémorragie mortelle pour la femme.

Diagnostic. — Il est évident que le diagnostic exact de tumeur kystique sanguine est impossible. C'est au plus si l'on peut diagnostiquer une tumeur kystique de l'utérus, mais quant à en affirmer la nature la chose serait un peu osée.

Traitement. — L'hystérectomie totale paraît être le traitement de choix des kystes sanguins de l'utérus. Boldt avait proposé de porter sur la tumeur la pointe du thermocautère, mais il semble assez difficile de pouvoir cautériser ainsi une tumeur qui saigne à travers le col utérin bien que préalablement dilaté.

A. — Angiomes de l'utérus

Observation I

(Klob. — *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane.* Wien, 1864, p. 173, d'après Boldt.)

L'utérus était antifléchi, sa texture était jaune rouge, flasque et traversée par des artères rigides. Dans la paroi postérieure il existait une partie élevée, circulaire, d'une mollesse spongieuse et de 2 centimètres de diamètre ; la muqueuse qui le recouvrait était mince, comme garnie de clous à grosse tête et de transparence rouge bleu. La surface péritonéale correspondante était aussi tuméfiée, convexe, de transparence bleuâtre, et les vaisseaux sanguins du péritoine étaient pleins et très distincts. Une coupe faite à travers la tumeur fut immédiatement inondée de sang fluide ; ce sang enlevé, on voyait une délicate trame isolant des parties foncées. Lee cavités comprises dans la trame et qui communiquaient les unes avec les autres contenaient du sang liquide. Dans son ensemble la tumeur ressemblait à une ectasie caverneuse, analogue à celles qu'on rencontre si fréquemment dans le foie, sauf que la trame était beaucoup plus épaisse que dans les tumeurs vasculaires analogues. La trame elle-même était constituée par des fibres musculaires lisses contenues dans du tissu conjonctif et était recouverte par places de cellules ressemblant à de l'épithélium pavimenteux.

Dans certaines parties il existait une prolifération de tissu conjonctif en forme de papilles très serrées, mais sans arborescences. On pouvait facilement constater la communication entre la cavité de la tumeur et les veines voisines. Le reste de l'utérus portait les traces d'une grossesse antérieure.

Observation II

(Boldt. — *Cavernous angioma of the uterus,* in *The American Journal of obstetrics*, décembre 1893, p. 834. Résumée *in* Thèse Mercadé, Paris 1906.)

Femme de 37 ans, nullipare, ayant des pertes continuelles depuis près d'un an. Durant ces quatre derniers mois les hémorragies étaient profuses avec des rejets de courte durée. De nombreux curettages n'amenèrent aucune amélioration.

Le microscope ne permit de diagnostiquer qu'une endométrite hyperplasique. Les hémorragies devinrent si abondantes, la malade était si anémiée, que Boldt décida de faire l'hystérectomie vaginale, tant pour faire cesser les hémorragies que pour débarrasser la malade d'une endométrite, dont la nature, en raison de la répétition des hémorragies malgré les curettages, paraissait douteuse.

Dans l'utérus, on trouva une tumeur de la grosseur d'une noix, située à la partie antérieure du corps tout près du fond. La tumeur faisait saillie dans la cavité utérine, elle paraissait lobulée; la couleur était rouge acajou, sa consistance plus ferme que celle de la paroi utérine environnante; elle occupait plus de la moitié de

l'épaisseur de la paroi. A la coupe, elle se montrait marbrée, présentant des taches pourpres, blanchâtres, de diamètre variant entre celui d'une plume de corbeau et celui d'une tête d'épingle. Au toucher, les taches rouges étaient molles, de la consistance de sang récemment coagulé. La consistance des taches blanches était ferme comme celle du cartilage.

A l'examen microscopique, on constata la présence de grandes cavités variant de dimensions et de forme, remplies de sang. Evidemment c'étaient des coupes transversales de veines séparées les unes des autres par du tissu fibreux, dans lequel on pouvait voir un nombre considérable de capillaires.

A l'intérieur de ces veines, on trouvait un caillot de sang constitué par des globules rouges et un peu de fibrine ; dans d'autres, au contraire, on trouvait une grande quantité de fibrine et de sérum, mais presque pas de globules rouges. Un certain nombre de ces veines étaient donc partiellement ou complètement oblitérées. A l'aide de forts grossissements on pouvait voir sans difficulté l'endothélium qui tapissait ces cavités. Il était donc évident qu'il s'agissait d'un angiome caverneux.

Les artères qu'on trouvait aux limites de la tumeur dans la paroi musculaire de l'utérus étaient rétrécies, tortueuses, et présentaient les caractères de la dégénérescence cireuse. Dans le tissu conjonctif interstitiel, on trouvait par place une pigmentation jaune brun foncée, probablement due à une extravasation sanguine. Ailleurs il existait des amas étendus de pigments, qui d'après leur configuration devaient être regardés comme les derniers restes de veines caverneuses oblitérées.

Les grandes cavités veineuses pénétraient dans la paroi musculaire de l'utérus. Il n'existe pas de limite entre les veines caverneuses les plus périphériques et le tissu musculaire adjacent qui borde les cavités veineuses.

Toutes les veines, aussi bien celles qui sont en voie d'oblitération que celles qui sont oblitérées, sont entourées en partie ou en totalité d'une zone hyaline ou cireuse, plus ou moins étendue. Boldt compare ces zones cireuses qui entourent les veines caverneuses aux formations du tissu cartilagineux dans certains chondromes.

B. — **Kystes sanguins**

Observation I

(Lafon. — Kyste sanguin de l'utérus. *Bulletin de la Société de méd. et de chir. de la Rochelle*, 1896, p. 96.)

Le 20 août dernier, vers les 11 heures de la nuit, je fus appelé en hâte auprès d'une femme de 36 ans qui venait d'être prise subitement d'une violente hémorragie utérine. Je la trouvai littéralement inondée de sang; ses membres inférieurs, de haut en bas, sa chemise, les draps de lit étaient complètement teints en rouge par du sang vif, le parquet aussi en portait des traces, et par la vulve je pus constater que l'hémorrragie se prolongeait par un écoulement continu de sang.

Celle-ci avait débuté une heure après le repos. Cette femme aperçut alors un peu de sang à sa chemise et crut à un début de ses règles qu'elle n'avait pas vues depuis 2 mois 1/2.

A titre d'hémostatique, je pratiquai deux injections hypodermiques contenant chacune un milligramme d'ergotine, et j'administrai une potion de 150 grammes contenant 2 grammes d'ergotine par cuillerée à bouche, chaque demi-heure. 20 minutes après, l'hémorragie ne paraissait plus dépasser la quantité habituelle de l'écoulement menstruel.

Le 21 au matin, un suintement sanguin se faisait toujours par la vulve et persista tout le jour, sans aucune douleur, lorsque le soir cette femme rendit le kyste sanguin.

C'est une tumeur de la grosseur du poing, à paroi externe lisse de forme, parfaitement arrondie ; elle ne contenait que du sang ; la surface interne de cette poche est légèrement déchiquetée, friable, d'aspect caverneux ; la coque en est assez épaisse ; enfin, il n'y a pas trace de cordon ombilical.

Le 22 à 4 heures du matin, un caillot sanguin de la grosseur du pouce et long de 5 centimètres fut à son tour expulsé ; à partir de ce moment l'hémorragie fut complètement arrêtée et le linge n'était plus taché que par un liquide roussâtre.

Cette femme, d'un tempérament lymphatico-nerveux, présentait un peu d'anémie, voyait ses règles tous les vingt et quelques jours ; elle était atteinte depuis longtemps de métrite interne chronique à laquelle elle ne donnait aucun soin.

Observation III

(J.-C. Webster. — *The Journal of the medical sciences*, 1895, t. I, p. 277.)

Kyste sanguin uniloculaire développé dans la paroi utérine après la ménopause

Mme H., ménagère, 53 ans, entre le 11 août 1893, se plaignant d'un ballonnement du ventre qu'elle avait remarqué, pour la première fois, en février. Six mois auparavant, elle avait ressenti tout d'un coup une douleur vive dans le bas-ventre, en soulevant un baquet très lourd. Huit jours après, en se levant, elle ressentit la même douleur ; puis celle-ci disparut graduellement pour n'apparaître de nouveau qu'en mars, mais si violente, qu'elle fut obligée de garder le lit. La tumeur augmenta alors rapidement, déterminant, de temps en temps, des crises douloureuses. La malade s'affaiblit graduellement, elle présenta des troubles de la miction et de la constipation.

Elle avait été réglée à 13 ans : règles régulières durant 3 ou 4 jours, assez abondantes. Dysménorrée qui cessa après son mariage. Jamais de leucorrée. Ménopause à 50 ans. 7 grossesses, la première en 1859, la dernière en 1872. Un avortement en 1877. Les accouchements furent faciles, sauf le 5e qui fut très long. Elle a nourri tous ses enfants, sauf le 5e.

A son entrée, la malade était maigre et émaciée ; faciès blême, anxieux. Ventre aussi volumineux que celui d'une femme enceinte de 7 mois.

A la palpation : tumeur cystique, fluctuante.

Au toucher : vagin large, col regardant en bas et en avant, corps en rétroversion augmenté de volume et plus mou que normalement. Au-dessus de lui, on sentait le kyste mobile, indépendamment de l'utérus.

Laparotomie le 18 août par le professeur Simpson. On trouva un kyste sanguin prenant origine sur le fond de l'utérus. Il fut enlevé avec le corps de l'utérus et les annexes. Guérison. Sortie le 16 septembre.

II. — **Kystes hydatiques**

Les kystes hydatiques peuvent occuper le pseudonyme utérin. Confondus au début avec la môle hydatiforme, ces tumeurs ont été décrites pour la première fois par Laënnec, qui en 1804 signale la présence des kystes hydatiques dans l'utérus dans un mémoire sur « les vers vésiculaires et principalement sur ceux qui se trouvent dans le corps humain ».

Barret en 1828 rapporte l'observation d'un kyste hydatique de l'utérus secondaire d'un kyste du petit bassin. Ensuite Wilton en 1841 ; Mac-Nevn dans le « New-York medical Journal », signalent des cas de kyste hydatique de l'utérus.

Freund en 1874, Pinard, Küchenmeister en 1877, rapportent des cas identiques. Péan et Secheyron firent la première étude d'ensemble sur les kystes hydatiques de l'utérus dans un mémoire lu au Congrès de Toulouse en 1887. Ces deux auteurs divisent les kystes hydatiques en 2 classes :

1° Les kystes utérins proprement dits développés dans le parenchyme de l'organe.

2° Les kystes juxta-utérins, nés au voisinage de l'utérus.

Nous n'étudierons que les premiers, les seconds s'écartant du cadre de notre travail puisqu'ils appartiennent plutôt aux kystes hydatiques du petit bassin. Mais il faut reconnaître que ce second groupe devra pourtant être signalé par nous, car les kystes hydatiques de l'utérus peuvent être divisés en primitifs et secondaires : les premiers se développent primitivement dans le parenchyme utérin alors que les seconds sont consécutifs à un kyste hydatique d'un organe voisin, soit foie, poumons ou tissu cellulaire pelvien qui viendraient secondairement terminer son évolution dans le muscle utérin.

Pathogénie. — L'embryon hexacanthe du tœnia echinococcus mis en liberté dans le tube digestif peut se rendre à l'utérus en suivant diverses voies.

Il semble que la voie sanguine ou lymphatique soit la plus propice à ce cheminement, c'est celle que l'on admet dans le cas de kyste hydatique du foie ou du poumon.

Pour Péan et Secheyron, le tissu de l'utérus, par sa densité, par le calibre minime de ses capillaires en dehors de la gestation, opposerait un obstacle puissant au cheminement de l'exacanthe. Ces auteurs n'ont pas compté avec la poussée congestive de la menstruation pendant la durée de laquelle la circulation utérine est au contraire très active ; le volume utérin augmente, la consistance devient molle et il y a de plus dilatation de tout le réseau sanguin qui est gorgé par le sang qui va s'échapper des vaisseaux.

D'autres auteurs admettent le cheminement direct de

l'embryon exacanthe à travers les tissus des organes du petit bassin ; après avoir traversé les parois intestinales, ils cheminraient dans le tissu cellulaire du petit bassin.

« Il semble que l'on puisse expliquer l'existence de kystes primitifs par cette voie d'infection directe au travers de la vulve et du vagin » (Freund).

Pour Beigel, l'existence de kystes hydatiques de l'utérus serait secondaire ; après perforation de l'intestin les ecchinocoques parcourraient le péritoine jusqu'à l'orifice de la trompe, de là ils pourraient, semble-t-il, par des mouvements ciliaires, arriver jusque dans l'utérus.

On peut admettre que les kystes primitifs de l'utérus sont des kystes dus à la fixation dans le parenchyme utérin de l'embryon hexacanthe, charrié par les voies sanguine et lymphatique. Pour expliquer les kystes hydatiques multiples que l'on rencontre dans le péritoine, plusieurs hypothèses ont été émises.

Pour Charcot et Davaine, les kystes se développent le plus souvent dans les diverses parties du corps.

La seconde hypothèse, signalée pour la première fois par Hunter, attribue les kystes multiples du péritoine à la greffe de germes d'échinocoques mis en liberté par la rupture d'un kyste de germes échinococciques provenant de l'éclatement d'un kyste primitif du foie ou de la rate.

Parfois, arrivé dans l'utérus, le germe échinococcique aboutit à la formation d'une membrane et à la constitution du kyste hydatique à proprement parler.

Etiologie. — On a pensé pendant quelque temps que l'utérus par sa richesse vasculaire était plus que tout autre organe exposé à l'échinococcose. Ces kystes peuvent s'observer chez la femme à tous les âges, avant

même l'établissement des règles, ou après la ménopause physiologique. Pour ce qui est de la formation du kyste, elle est sous l'influence directe de l'inoculation hydatique, relevant comme celle-ci des mêmes causes que l'échinococcose en général.

Anatomie pathologique. — Les kystes hydatiques de l'utérus peuvent siéger à n'importe quel point du parenchyme utérin. Leur lieu d'élection paraît être le fond ou la paroi postérieure. Péan et Secheyron pensent également que c'est là leur siège habituel.

Le siège du kyste est assez fréquemment mal limité et il a tendance à s'extérioriser de l'organe utérin. Parfois il fait saillie sous la muqueuse qui peut céder ; dans ce cas on assiste à l'évacuation du kyste par les voies naturelles.

La dimension de ces kystes est variable.

Les tumeurs primitives paraissent être les plus volumineuses, allant du volume d'une mandarine à celui d'une tête fœtale.

Les kystes secondaires sont d'autant plus petits qu'ils sont plus interstitiels.

Pour ce qui est de leur nombre, les premiers semblent être toujours uniques, alors qu'ils sont multiples dans les kystes secondaires.

Leur paroi est formée d'une membrane homogène plus ou moins épaisse à lamelles parallèles ; la membrane germinative se trouve accolée à la face interne.

Leur contenu est banal ; il est formé par un liquide jaune citrin pouvant contenir des vésicules, des crochets et des scolex.

Leur marche est lente mais progressive. Le tissu utérin

se laisse difficilement distendre, et leur oppose une forte résistance.

Cette résistance diminue quand ils sont devenus, soit sous-muqueux, soit sous-péritonéaux ; dès lors il est facile de comprendre qu'ils puissent modifier les rapports anatomiques avec les organes voisins.

L'échinococcose hépatique est celle qui donne le plus fréquemment naissance aux kystes hydatiques secondaires de l'utérus, mais il peut se faire aussi que ces kystes coïncident avec ceux du poumon, du péritoine, voire même du corps thyroïde.

Symptomatologie. — Les symptômes sont fournis par les troubles que déterminent sur les organes voisins les kystes de l'utérus. Il est certain que ces troubles seront d'autant plus intenses et plus graves que les kystes seront plus volumineux.

On relate certain cas de kystes hydatiques de l'utérus ou ceux-ci n'ont été vus qu'à l'autopsie, cela prouve que le début en fut insidieux.

Les signes fonctionnels sont plus nets, sauf lorsque, par suite d'une augmentation de volume assez forte, les kystes compriment les organes voisins.

La douleur est presque toujours due, soit à des adhérences, soit à des phénomènes inflammatoires.

La menstruation n'est généralement pas modifiée, quelquefois il peut survenir des métrorragies qui s'accompagnent ou non de douleur.

Le toucher renseigne sur l'existence d'une tumeur faisant corps avec l'utérus ; au palper, on peut avoir dans certains cas une sensation de fluctuation, nous ne parlerons pas du frémissement hydatique qu'il est à notre avis impossible de percevoir.

Les kystes hydatiques, comme nous l'avons dit plus haut, évoluent très lentement. Altormyan cite le cas d'une malade qui en conserva un pendant 5 ans. Cette évolution peut durer jusqu'à 8 et 9 ans comme chez la malade de Hewitt. Il est certain qu'au point de vue obstétrical, ces kystes peuvent être une cause de dystocie plus ou moins grave suivant qu'ils siègent sur le col, sur le segment inférieur ou dans le corps de l'utérus.

Diagnostic. — Le diagnostic paraît singulièrement difficile au début et même pendant toute l'évolution, il n'est qu'un cas où l'on ne peut avoir de doute sur la nature du kyste, c'est lorsque celui-ci se rompt.

Etant donné les symptômes objectifs que présentent les malades, on peut penser, suivant le siège et la grosseur du kyste, à un kyste de l'ovaire, à un kyste de la trompe, à une grossesse extra-utérine, à une môle hydatique, ainsi qu'à un fibrome de l'utérus.

On peut être mis sur la voie du diagnostic lorsque la malade présente un kyste concomitant dans un autre organe de l'économie.

Traitement. — L'évacuation du kyste, quel qu'il soit, et dès que le diagnostic en a été fait, est le traitement de choix. S'il siège au niveau du col, il faut l'inciser et le drainer. Si la tumeur siège sur le corps, deux cas peuvent se présenter :

1° Ou bien elle est petite et presque sous-muqueuse et alors on peut encore comme précédemment l'inciser et la drainer après dilatation préalable du col ;

2° Ou bien elle est volumineuse et sous-péritonéale et le traitement de choix est l'hystérectomie totale, s'il

existe quelques lésions inflammatoires, ou subtotale, si le col peut être conservé.

A. — **Kystes hydatiques primitifs**

Observation I

(Graily Hewit. — *Transactions of the obstetrical Society of London* vol. XII, 1870, p. 237)

Hydatids of the uterus

Mary Ann. M..... 35 ans, reçue à l'University College Hospital le 26 mars 1870. Elle eut un enfant il y a 15 ans, pas d'autre grossesse depuis. Règles régulières mais douloureuses. Née à Norfolk elle a vécu à Londres ces trois dernières années ; elle avait l'habitude de manger du porc et du veau, mais non celle de caresser les chiens.

Depuis 8 à 9 ans, augmentation du volume de l'abdomen du côté gauche et de temps en temps quelques douleurs.

Le 22 mars, évacuation d'une petite quantité de masses en forme de raisin avec un peu de liquide sans douleur ni hémorragie. Le jour suivant, perte d'une demi-pinte environ de la même substance mais avec beaucoup de douleur. Pas d'hémorragie. Les matières expulsées consistaient en petites vésicules transparentes, de volume variant entre celui d'un grain de raisin et d'une noix, contenant du liquide ; ces vésicules flottaient dans un liquide d'aspect muqueux.

Examen de l'utérus. — Augmenté de volume, surtout en arrière, il atteint les dimensions d'un utérus gravide de deux à trois mois, mais de forme irrégulière. Le cathéter pénètre facilement, presque dans une cavité capable de contenir une orange. A l'intérieur de l'utérus, on reconnaît des irrégularités paraissant produites par des masses globuleuses implantées sur le fond. Il semble que l'utérus s'est surtout dilaté aux dépens de sa paroi postérieure.

Du 27 mars au 2 avril, nouvelles pertes, offrant les mêmes caractères.

Le 4 avril, on injecte du perchlorure de fer au tiers.

Deux jours après, nouvelle injection.

Plus d'expulsion d'hydatides. La malade quitte l'hôpital trois semaines après son entrée.

Examen des hydatides (fait par le Dr Wickham-Legg). — Vésicules de couleur blanc sale, les unes complètement distendues, les autres partiellement par du liquide. Volume variant d'un pois à une noix. Le contenu de plusieurs de ces vésicules était un liquide albumineux, riche en chlorure de sodium. L'enveloppe était transparente et incolore ; au microscope, elle présentait une structure nettement lamelleuse. Dans le liquide d'une vésicule, et sur la paroi, on trouva de petits corps blanchâtres, qui au microscope furent reconnus pour des têtes d'échinocoques. Ils présentaient une forme rhomboïdale avec deux cercles de crochets au centre de la tête.

Observation II

(Freund.—*Tageblatt der Baden-Badener Nat. Versamml.*, p. 6-7, *in* Schroeder. Mal. des org. génit. de la femme. Traduction française par Lauwers et Hertoche, 1886, p. 340.)

Freund a observé des échinocoques qui s'étaient développés dans la paroi postérieure de l'utérus : il fit l'incision de cette paroi par le vagin. Plus tard les échinocoques se développèrent dans le tissu cellulaire du bassin et perforèrent le rectum et la vessie.

Observation III

(Résumée)

(Péan et Secheyron. — Etude sur les kystes hydatiques de l'utérus. *Archives de Tocologie*, Paris, 1887, t. XIV, p. 1000.)

Femme de 54 ans, réglée à l'âge de 13 ans ; menstruation régulière, d'une durée de trois jours. Pas d'enfants, pas de fausses couches.

Depuis huit mois, ménopause ; il y a quatre ans, constipation, difficulté de la miction, polyurie ; depuis, les troubles ont été en augmentant et le ventre a augmenté de volume.

Il y a cinq mois, elle est tombée sur le sein, et actuellement elle porte une tumeur du volume d'une noix, présentant des caractères de malignité, peau d'orange,

coloration violacée, consistance dure, squirrheuse, sans rétraction du mamelon.

La tumeur abdominale détermine des douleurs intenses et de la rétention d'urine. Depuis un certain temps, la miction n'est même plus possible, et elle est obligée de se faire sonder.

Palper abdominal : Présence d'un corps volumineux (tête de fœtus), à forme irrégulièrement bosselée, plutôt liquide que solide, et développé selon toute apparence dans les parois de l'utérus et dans son fond.

Toucher vaginal : Col petit, arrondi, ferme, relevé et légèrement porté en avant.

Cathétérisme : Cavité utérine nullement agrandie.

Etat général assez satisfaisant.

Opération (le 15 janvier). — Ouverture au bistouri du cul-de-sac antérieur et latéral droit ; ouverture du péritoine : incision latérale sur le col, après avoir eu soin de faire l'hémostase au moyen de nos pinces. Nous tombons sur une tumeur molle fluctuante, reconnaissable à la couleur blanchâtre de son enveloppe, tout à fait analogue à celle des kystes hydatiques. Nous incisons cette poche avec le bistouri, et il en sort un liquide que nous n'avons pu recueillir, mais semblable à celui des kystes hydatiques, Une fois vidé, nous saisissons la poche avec de longues pinces, et nous en faisons l'extraction.

Hémostase complète. Pinces à demeure laissées 24 heures. Eponges iodoformées laissées 4 jours. Guérison complète au 12e jour.

Examen histologique, par M. Brault, médecin des hôpitaux.

La membrane a la structure des poches hydatiques, c'est-à-dire qu'elle est constituée par une série de la-

melles amorphes, légèrement granuleuses, parallèles les unes aux autres, et d'épaisseur variable. En aucun point on ne trouve d'élément cellulaire. Ce caractère négatif permet d'affirmer l'origine hydatique de la poche.

Observation IV

(Altormyan. — *The Lancet*, 1891, t. I, 769.)

Hydatid of uterus. — Laparotomy. — Recovery.

Femme de 35 ans, mariée à 15 ans, sept ans plus tard elle eut un enfant.

Il y a cinq ans, elle s'est mariée une deuxième fois, et, bientôt après, remarqua une tuméfaction dans la région iliaque gauche, du volume d'une petite orange. La tumeur augmenta lentement, mais continuellement, sans occasionner aucune douleur, ni aucun trouble.

La menstruation est toujours régulière.

Elle fut d'abord examinée par moi, en septembre 1890. Je trouvai une tumeur arrondie, du volume d'une tête, avec un contenu mou ; elle était très mobile et parfaitement mate à la percussion.

Le toucher rectal et vaginal ne révéla rien d'anormal ; l'examen bimanuel ne permit de reconnaître aucune relation directe avec l'utérus.

Je ne revis la malade que le 10 janvier. La tumeur était deux fois plus grosse qu'en septembre, douloureuse, moins mobile, et se rapprochant davantage de la ligne

médiane. La malade était moins forte et présentait le faciès ovarique.

Laparotomie : Adhérence de la tumeur à la paroi, facilement dissociée. Ponction : écoulement d'un liquide jaune vif.

Le pédicule du kyste prenait naissance dans la substance de l'utérus, il fut extériorisé après ligature.

A l'examen, on constata que la paroi épaisse prenait naissance dans le fond de l'utérus, juste au-dessus de la trompe gauche.

En dedans de cette capsule, on trouva une membrane épaisse, homogène, élastique (l'ectocyst) ; en dedans de celle-ci existait une membrane plus fine, délicate (l'endocyst), en dedans de laquelle on trouva une douzaine environ de kystes du volume d'une noix.

Au microscope, des fragments de kystes montrèrent les stries homogènes, laminées, caractéristiques : crochets libres et bourgeons naissants de la membrane germinative.

Pas de fièvre. Guérison rapide.

Observation V

(Kousmina. — Kirurgia, t. XIII, 1903, p. 678.)

Echinocoques de l'utérus

Femme de 20 ans, entrée le 12 novembre 1902, se plaignant d'un ballonnement du ventre qui persiste depuis le dernier accouchement, survenu le 25 septem-

bre 1902. Celui-ci avait duré si longtemps qu'une intervention avait été nécessaire. Après l'accouchement l'utérus était resté gros ; le sixième jour, le docteur Sololow retira un corps fibreux intra-cavitaire.

La malade quitta la Maternité le 10 octobre avec un état général satisfaisant, mais il persistait une tuméfaction adhérente à l'utérus.

A son entrée à l'hôpital, on trouve une tumeur pelvienne, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, constituée par l'utérus augmenté de volume surtout aux dépens de ses parois gauche et postérieure, épaissies.

Les annexes sont normales.

L'utérus mesure de 8 à 13 centimètres vers la corne gauche.

Les antécédents de la malade sont les suivants : elle a été réglée à 16 ans, toujours régulièrement depuis ; elle a eu trois grossesses normales, la deuxième il y a deux ans. Lors de cette dernière grossesse, la malade avait déjà remarqué la présence de cette tumeur utérine au niveau du creux épigastrique ; mais après l'accouchement la tumeur était descendue avec l'utérus. Puis sur vint la troisième grossesse qui se termina par une fausse couche au septième mois.

Opération (le 20 novembre 1902). — Laparotomie sous-ombilicale. On trouve une tumeur pelvienne, adhérente à la paroi gauche et postérieure ainsi qu'au fond de l'utérus. Les annexes gauches adhèrent intimement à la tumeur. Les annexes droites sont plus libres, les ovaires présentent chacun deux ou trois kystes dont le volume varie d'un grain de chènevis à un haricot. Le péritoine pelvien est sain ; celui qui recouvre le fond et

la paroi postérieure de la tumeur utérine est hyperémié. On fait l'hystérectomie sus-vaginale.

La tumeur utérine prise pour un fibrome était formée par une cavité à parois musculaires assez épaisse (5 cm.), remplie de formations kystiques de la grosseur d'un haricot à un œuf de pigeon et davantage, au nombre de 28 à 30.

L'examen microscopique de ces vésicules fait dans le laboratoire du docteur Krochew révéla la présence d'échinocoques et de nombreux crochets.

Il ne semblait pas exister de kystes dans les autres organes (foie, plèvre, péritoine, anses intestinales, mésentère). Aussi peut-on penser à une localisation primitive de l'échinocoque.

Les suites opératoires ont été normales. Réunion par première intention.

La malade quitte l'hôpital le 15e jour.

B. — **Kystes hydatiques secondaires**

Observation I

(Ferrant. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, t. XXXVI, 1861, p. 241.)

Hydatides de l'utérus, du corps thyroïde, etc.

P... Marie, âgée de 48 ans, couturière, est entrée à la Pitié le 29 mai 1861, salle Saint-Charles, n° 15, service de M. le docteur Marotte.

Cette femme est d'une constitution sèche, maigre et pâle ; elle se plaint d'être malade depuis longtemps et accuse tous les signes généraux de la tuberculisation. L'auscultation, d'ailleurs, révèle un commencement d'excavation déjà fort sensible dans le sommet de chaque poumon.

Elle porte de plus un goître composé de deux tumeurs arrondies : l'une, à droite, a presque le volume du poing ; l'autre est un peu moins volumineuse.

Ces deux tumeurs, parfaitement arrondies, occupent les deux côtés du larynx, dont elles suivent les mouvements dans l'acte de déglutition. Elles sont juxtaposées sur la ligne médiane, mais paraissent indépendantes ; la peau qui les recouvre est normale, un peu mobile à leur surface ; elles-mêmes sont mobiles sur les parties profondes ; leur consistance est considérable et n'indique pas la présence d'un liquide, mais plutôt d'une hypertrophie ou un kyste à parois dures, épaisses et tendues sur son contenu. Comme cette tumeur n'occasionne qu'une gêne mécanique modérée, la malade n'a jamais sollicité l'intervention chirurgicale. La respiration elle-même n'est pas notablement entravée.

Le 4 juin, 5 jours après son entrée, la malade meurt subitement.

Autopsie (30 heures après la mort). — On trouve des tubercules au sommet des deux poumons, deux poches remplies d'hydatides dans le foie.

L'utérus est aussi le siège d'altérations curieuses de son fond par un pédicule tapissé par le péritoine, et qui après 2 centimètres de longueur au plus se termine par une tumeur arrondie, libre, recouverte par le péritoine lisse, et du volume d'un œuf de dinde. Celle-ci ouverte se divise en deux parties, sur chaque surface de coupe :

la moitié supérieure est une poche kystique qui renferme des hydatides en tout analogues par leurs variétés d'aspect à celle du foie, savoir, des vésicules parfaites et des paquets de débris membraneux. La moitié inférieure au milieu, d'une couche cellulo-fibreuse dense, montre un noyau de la dimension de 50 centimes au moins, noyau hémorragique, rougeâtre, à coupe lisse, et dans lequel les caillots accusent une tendance à l'organisation marquée par la séparation qui s'accomplissait entre les éléments. Autour de l'utérus se voient encore deux petites tumeurs du volume d'un gros pois, blanches et exclusivement fibreuses. Une autre enfin, atteignant le volume d'un œuf de pigeon, a aussi l'aspect fibreux bien prononcé.

Le corps thyroïde présente deux tumeurs, dont la nature hydatique fut contrôlée à l'aide du microscope, d'abord par M. Luys, puis par M. Charles Robin.

Observation II

(Kuchenmeister, *in* Birch-Hirschfeld. — *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*, Leipzig, 1877, p. 1156, cité par Porak)

Autopsie. — Cavité péritonéale remplie de nombreux kystes d'échinocoques. L'un d'eux était solidement fixé à la paroi antérieure de l'utérus, au-dessus de l'orifice interne du col. Une de ses parties avait réduit par atrophie la paroi utérine à une mince lamelle, et faisait saillie en forme de tumeur dans la cavité de l'utérus. Le rétrécissement produit de cette façon constituait l'obstacle à l'accouchement. La femme était morte d'une rup-

ture sous-séreuse de l'utérus, consécutive à une intervention obstétricale difficile.

III. — Tumeurs fibro-kystiques

Dans ce troisième groupe nous avons rassemblé l'étude des tumeurs fibreuses de l'utérus qui sont parfois le siège de dégénérescence spéciale qui en font des tumeurs kystiques. On sait que les fibromes utérins peuvent être groupés sous trois chefs :

1° Les fibromes sous-muqueux ;

2° Les fibromes interstitiels ;

3° Les fibromes sous-péritonéaux.

Les premiers peuvent donner naissance à ces tumeurs kystiques que nous avons déjà étudiées, issues de la muqueuse utérine et qui sont ces polypes à la fois fibreux et kystique dont nous avons rapporté une observation personnelle. Ils peuvent tirer leur origine de la muqueuse du col de l'utérus, et ce sont les plus fréquents, ou de la muqueuse du corps. Ils sont assez souvent le siège de néo-formations glandulaires présentant parfois un aspect papillaire ou mûriforme.

Plus fréquente est la dégénérescence colloïde ou myxomateuse des tumeurs interstitielles de l'utérus. D'après Virchow la dégénérescence colloïde serait caractérisée par le passage entre les faisceaux musculaires d'une matière muqueuse ; mais ce qui distinguerait cette tumeur de l'œdème simple serait la présence de mucine et la prolifération de noyaux et de cellules rondes dans le tissu interstitiel.

Les tumeurs fibro-kystiques proprement dites peuvent succéder à l'une et à l'autre de ces infiltrations lorsque les travées qui séparaient les petites cellules de l'œdème se sont détruites. Ces kystes n'ont pas ainsi de paroi distincte laquelle est simplement constituée par des lacunes au sein du tissu de la tumeur.

A côté de cette dégénérescence myxomateuse, Fehling et Léopold ont étudié ce qu'ils ont appelé les myomes lymphangiectasiques ; ces myomes ayant une origine lymphatique rentrent dans la catégorie des kystes interstitiels nettement décrits par Kœberlé. Enfin il existe encore ceux que Pozzi désigne sous le nom de pseudo-kystes. Ils sont formés par des foyers de désagrégation moléculaire granulo-graisseuse qui peuvent se produire au centre de grosses tumeurs où la nutrition est entravée. La mortification peut ne pas y être suivie de gangrène à cause de l'absence de germes. C'est donc une nécrobiose aseptique qui se produit avec formation de masses molles phymatoïdes qui plus tard tombent en déliquescence et constituent les cavités ou géodes pleines d'une bouillie plus ou moins liquide (1).

Etiologie. — Les causes qui peuvent produire ces tumeurs kystiques interstitielles sont celles qui donnent naissance aux tumeurs fibreuses simples interstitielles de l'utérus. Quant à la dégénérescence de ces fibro-myomes, elle paraîtrait se produire lorsque la malade arrive à l'époque de la ménopause.

Il semblerait que des grossesses successives ayant à plusieurs reprises provoqué le ramollissement et l'augmentation de volume de ces tumeurs puissent être con-

(1) Pozzi et Jayle.— Traité de gynécologie, T. I, p. 343-344.

sidérées en quelque sorte comme une cause prédisposante de leur dégénérescence.

Ces corps fibreux acquièrent pendant la grossesse un volume considérable qui n'est pas dû en totalité à la néoformation musculaire provoquée par l'état gravide ; il se pourrait qu'il y ait en plus une sorte d'imbibition de ces tumeurs qui leur donne une consistance molle spéciale.

Nous admettrons avec Doléris (1) qu'il existe une prolifération du tissu conjonctif qui peut devenir colloïde.

Les symptômes de ces kystes sont des signes fonctionnels, communs avec les tumeurs qui leur ont donné naissance.

Les signes physiques ne présentent rien de particulier, cependant on peut être mis sur la voie du diagnostic par le changement qui se produit dans l'état général de la malade.

La dégénérescence de ces tumeurs s'accompagne fréquemment d'une cachexie progressive.

Leur traitement consiste en l'ablation sitôt le diagnostic posé. Ce sera donc l'hystérectomie totale.

---

(1) Doléris. — Archives de tocologie, janvier et février 1883, p. 1 et 364.

Observation I[e]

(Thibault. — *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 17[e] année, 1842, 164.)

Kyste de l'utérus chez une femme qui portait un polype fibreux. Rupture du kyste avec péritonite mortelle en trois jours.

Une femme d'une quarantaine d'années entre à l'hôpital de la Charité, épuisée par des hémorragies utérines continuelles. Au toucher on trouve l'orifice du col occupé par une petite tumeur fibreuse, ressemblant à l'extrémité d'un polype. Quelque temps après, l'hémorragie s'arrête pour réapparaître ensuite plus abondante que précédemment ; le toucher pratiqué de nouveau ne fait plus rien sentir au col de l'utérus ; le polype s'est détaché spontanément et se trouve emprisonné dans un des caillots que vient de rendre la malade.

Deux heures après, celle-ci est prise d'une péritonite qui la fait succomber en trois jours.

A l'autopsie, on trouve adhérent au bord supérieur de l'utérus un kyste volumineux, qui s'est vidé dans l'intérieur de l'abdomen et dont la surface interne est manifestement enflammée et les parois considérablement amincies, surtout au niveau du point qui a donné issue au liquide qui y était enfermé.

L'utérus ayant été incisé, on reconnaît aisément au fond même de cet organe le point d'implantation du polype.

Ce fait n'a pas été, il est vrai, observé chez une femme enceinte, mais il ne doit point pour cela en avoir moins de valeur, puisque l'état de la matrice distendue par un

corps fibreux est absolument le même que dans l'état de gestation.

Observation II

(Atlée. — *Transaction of american Association*, t. V ; American Journal of medical sciences, t. XIX, 1843.)

Volumineux kyste de l'utérus

En octobre 1859, je fus appelé en consultation auprès de Mme A. S... femme de 43 ans, très énervée mais d'une santé très épuisée.

Les règles venaient régulièrement, douloureuses et profuses, surtout dans les commencements.

Elle se maria à 27 ans, eut 4 enfants dont le plus jeune a 4 ans. Depuis le commencement de sa tumeur les règles viennent régulièrement, mais très abondantes.

Depuis plusieurs années elle a des attaques de douleurs avec sensation de pesanteur, et au moment où je la vois ces sensations sont constantes.

Elle remarqua pour la première fois un gonflement dans la partie gauche du bas-ventre. En octobre 1858, un médecin constata que la tumeur était du volume d'un œuf d'oie, élastique et mobile. Il prescrivit un liniment et la malade crut remarquer une légère diminution.

En mars 1859, elle se crut enceinte et s'imagina sentir des mouvements jusqu'au premier mai. A partir de ce moment, tout mouvement disparut. On crut que l'enfant

était mort et qu'il restait dans la cavité utérine depuis ce temps jusqu'à ma visite.

Parmi beaucoup de suppositions, un médecin pensa qu'il avait affaire à une hydropisie utérine ; en conséquence, il essaya d'introduire une sonde dans l'utérus pour évacuer le liquide, mais en pénétrant dans l'orifice du col il ne ramena que du sang et s'arrêta. Il pensa encore qu'il se trouvait probablement en présence d'une môle hydatique de l'utérus.

Pendant tout ce temps, la tumeur avait rapidement augmenté de volume. Quand je vis la malade, elle mesurait 44 pouces de circonférence à l'ombillic, 24 pouces du sternum au pubis et 26 pouces entre les deux épines iliaques antérieures. L'appendice xyphoïde, porté en haut par la tumeur, formait avec la normale un angle de 55 degrés.

L'abdomen avait une forme assez régulière dans toutes les positions du corps. A la percussion, il y avait de la matité partout, excepté dans la partie supérieure de la région épigastrique. On ne trouvait pas d'inégalité dans l'abdomen, qui offrait partout une fluctuation franche.

L'utérus était refoulé vers le sacrum. L'hystéromètre y pénétrait à 2 pouces 3/4. Comme nous avions tous les signes d'un kyste uniloculaire, je pensai de suite que nous avions affaire à une tumeur ovarienne, mais toutefois je dis que tous les doutes ne pouvaient être levés que par une ponction.

Un nouvel examen jeta plus de lumière sur ce cas si obscur, et donna à la malade l'espoir d'une guérison et elle se décida à subir une opération.

La tumeur fut enlevée en octobre 1859. Pendant l'opération, il s'échappa deux pintes d'un liquide clair, jau-

nâtre, venu évidemment du péritoine ; 30 pintes d'un liquide brun venu d'un vaste kyste et 3 ou 4 pintes d'un liquide de teinte claire venu d'un kyste appendu à la paroi du grand.

Ces deux liquides étaient lourds, denses et très collants.

Les parois du kyste sont minces et membraneuses, elles ont l'aspect du péritoine épaissi.

Le pédicule était fort court, presque sessile, épais et charnu, partant de l'utérus et en tout semblable à une tumeur fibreuse paraissant constituée par une expansion du tissu utérin lui-même.

Le point d'implantation du pédicule était dans le fond et à gauche, immédiatement à l'origine de la trompe de Fallope. Il n'avait aucune connexion avec l'autre ovaire. Le col de l'utérus et les deux ovaires étaient sains.

Un spécimen du liquide du grand kyste fut recueilli et donné au docteur Drysdade pour l'examiner, sans lui dire la nature de la maladie.

Il annonça que ce n'était pas un liquide ovarien d'après les indices suivants : après un repos de quelques heures, le liquide était séparé en deux parties, un caillot emplissait les 3/4 du vase avec un liquide clair coloré en rose et très mobile.

Examen chimique ; densité 1,020 ; réaction alcaline. La partie qui surnageait se coagulait par la chaleur, on la regarda comme du sérum.

Au microscope, un examen prolongé et minutieux ne fit reconnaître que des globules sanguins.

KYSTES SÉREUX

C'est Huguier qui le premier, dans son Mémoire sur les kystes de la matrice, parle pour la première fois, en 1847, des kystes séreux.

Il semble que la dénomination soit appelée à disparaître quand on aura fait de plus près l'étude de ces tumeurs ; en effet, avec les progrès de l'anatomie pathologique, à mesure qu'on étudiera mieux les pièces enlevées dans la laparotomie, on s'apercevra que dans bien des cas ces kystes dits séreux ont pour origine des débris embryonnaires.

Huguier dans son Mémoire divise les kystes de l'utérus en kystes muqueux et kystes séreux ; pour lui, ces derniers ne seraient que des tumeurs enkystées siégeant sous le péritoine ou dans l'épaisseur du muscle utérin, le plus souvent sessiles, mais pouvant cependant flotter dans la cavité abdominale. Leur volume variable pourrait atteindre celui d'une orange ; ils seraient formés de parois très minces, transparentes, et leur cavité renfermerait une sérosité incolore ou rosée. Il termine en disant :

« Les kystes sous-péritonéaux sont en général petits

parce qu'ils se rompent avant d'acquérir un grand volume et guérissent avant d'avoir été soupçonnés ; ils existent très fréquemment avec d'autres affections des organes génitaux internes, inflammations de l'utérus ou des annexes. »

En 1880, Lebec dans sa thèse sur les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus les divise en sous-péritonéaux ayant leur point de départ dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, répondant d'un côté au tissu utérin et de l'autre au péritoine, et en kystes de l'utérus vrais, développés dans l'épaisseur des parois utérines.

Les premiers sont en général multiples, petits, renfermant un liquide séreux plus ou moins jaunâtre.

Les seconds, qui peuvent siéger dans toutes les portions de l'utérus, se localiseraient de préférence dans le fond de l'organe.

En 1898, Perret reprenant l'étude des kystes conclut que les kystes séreux simples n'existent pas en tant que tumeurs primitives et distinctes.

Etiologie. — D'après Huguier, la cause la plus fréquente des kystes séreux « serait la surexcitation et l'hyperémie active des organes internes de la génération ».

Lebec émet l'hypothèse de la formation du kyste par dilatation extrême de l'espace lymphatique. Pour Mercadé ces kystes auraient une origine embryonnaire et la preuve anatomo-pathologique de leur existence n'est pas encore faite, dit-il, puisque dans toutes les observations l'examen histologique fait défaut. « Les kystes dits séreux ou interstitiels (?) seraient dès lors de gros kystes embryonnaires. »

Pour nous on peut grouper les kystes séreux non congénitaux sous deux grands chefs :

1° Les tumeurs fibro-kystiques à développement sous-péritonéal ;

2° Les tumeurs kystiques pures développées dans la paroi utérine, mais sous le péritoine, et parmi ces kystes il faudra faire une large place aux kystes hydatiques sous-péritonéaux de l'utérus.

Symptômes. — La symptomatologie des kystes séreux de l'utérus, en raison même de leur situation, prend une allure toute spéciale.

Les signes subjectifs que nous fournissent l'interrogatoire et l'examen de la malade nous mettent sur la voie d'une tumeur plutôt para-utérine qu'utérine; c'est ce qui explique les erreurs de diagnostic qui ont été commises à l'occasion de cas semblables.

Les symptômes qu'accuse la malade sont ceux de toute tumeur pelvienne. Ce sont des phénomènes douloureux auxquels viennent se joindre des signes de compressions vasculaires et nerveuses (douleurs dans le petit bassin irradiées vers les cuisses et vers la région lombaire ; œdèmes des membres inférieurs et parfois des organes génitaux).

Lorsque ces kystes sous-séreux, sous l'effet d'un traumatisme ou d'un effort, viennent à se rompre, on peut assister à des accidents péritonéaux soit du fait de leur simple rupture, soit si ces kystes sont pédiculés, à tous les phénomènes septiques qui peuvent suivre la torsion du pédicule (sphacèle et gangrène rendues septiques par le voisinage immédiat de l'intestin). Dans les cas de kystes hydatiques sous-séreux, il peut arriver qu'à l'occasion d'une grossesse, ces kystes au moment du travail soient la cause d'une dystocie qui prend parfois un caractère de gravité tout spécial.

En effet, 2 cas peuvent se présenter alors: ou bien ces kystes rendent le travail dystocique par leur masse (présentation vicieuse, obstacle au passage de l'enfant, car ces tumeurs sont le plus souvent irréductibles).

Ou bien ces kystes, adossés intimement aux parois utérines, usent en quelque sorte ces parois (1), rendant ainsi fatalement inévitable la rupture utérine spontanée, comme dans les cas de Tissier-Bar, de Wienar (2). De plus, une intervention malencontreuse dans ces cas, soit tentatives de version par manœuvres internes, soit application de forceps, peuvent amener une rupture de l'utérus alors même que l'on aura agi avec la plus grande prudence et la plus grande douceur.

Le *diagnostic* de ces tumeurs semble, d'après ce que nous venons de dire, assez facile ; elles sont en général d'un volume assez grand pour être aisément perceptibles.

Le diagnostic différentiel offre parfois les plus grandes difficultés. Ces tumeurs peuvent être confondues, soit avec un kyste de l'ovaire, soit avec une grossesse utérine ou extra-utérine.

Le *traitement,* une fois le diagnostic bien établi, consistera en l'ablation de la tumeur par la laparotomie suivie ou non d'une hystérectomie totale ou subtotale.

Dans les cas de kyste hydatique, il faudra se souvenir du danger de la rupture utérine, et même chez les femmes jeunes on devra se résoudre bien qu'à regret à l'hystérectomie totale.

---

(1) Cas de Freund, *in* Brindeau, Bar et Chambrelent : Art des accouchements, p. 372.

(2) Id., *ibid.*

Observation I

(Huguier. — *Loc. cit.* Obs. résumée, *in* thèse Mercadé)

Kyste séreux interstitiel développé dans l'épaisseur de la paroi postérieure du corps de l'utérus

Femme de 66 ans, morte d'un cancer au sein gauche. Mariée à 26 ans. Neuf mois après, accouchement de deux enfants morts. Cinq ans après, nouvel accouchement d'un enfant bien portant.

Autopsie. — Dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus, on trouva un kyste de la forme et du volume d'une grosse orange, commençant en bas à la partie postérieure du col, et remontant tout le long de la face postérieure du corps pour le dépasser de près de 6 centimètres. Il a une hauteur de 10 centimètres, une largeur de 9 centimètres et une épaisseur de 7 centimètres.

Il est d'un blanc rosé et opaque dans toute son étendue, excepté à son extrémité extérieure où ses parois très minces sont transparentes.

L'épaisseur des parois varie beaucoup suivant les points où on les examine. Il est composé de 4 couches qui sont de dehors en dedans : le péritoine, le tissu propre de l'utérus, une membrane cellulo-fibreuse adhérant faiblement au tissu propre de l'utérus, mais qui est unie très intimement à la tunique propre ou interne du kyste ; celle-ci est lisse, polie, luisante et n'offre pas la plus petite inégalité à sa surface interne.

Le liquide était aqueux, mobile comme l'eau, extrêmement clair, citrin, non visqueux au toucher.

Le kyste faisait tellement corps avec la matrice que l'on croyait avoir affaire à une hydropisie de cet organe.

La cavité de la matrice se trouvait à la partie inférieure et antérieure du kyste.

Observation II

(Candelet. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1868, 2e série, t. XIII, p. 392.)

Kyste interstitiel de l'utérus, ayant simulé un kyste ovarique et enlevé comme tel

La femme X..., âgée de 42 ans, entra dans le service de M. Demarquay pour une tumeur abdominale dont l'apparition remontait à 2 ans. Jusque-là la santé avait été bonne, les règles régulières, lorsqu'elle s'aperçut d'une tumeur qui se développait dans la fosse iliaque gauche. Bientôt la tumeur en augmentant gagna la ligne médiane et dépassa l'ombilic de 8 centimètres ; elle était lisse, sans bosselure, sans adhérences.

M. Demarquay, ayant diagnostiqué un kyste de l'ovaire, fit une ponction exploratrice qui donna issue à 5 litres d'une liqueur jaune citron, parfaitement liquide.

Cette opération confirma donc le diagnostic, et, vu les conditions générales de cette femme qui étaient excellentes, M. Demarquay fit l'ovariotomie.

L'opération fut pénible et laborieuse, elle dura deux heures et demie. Le chirurgien avait reconnu, après

l'ouverture de la paroi abdominale, que la tumeur dépendait de l'utérus et non de l'ovaire. Cependant le kyste fut vidé attiré au dehors ; la chaîne de l'écraseur fut appliquée sur le fond de l'utérus au pédicule, et, après la section, on pratiqua la suture du péritoine.

La malade mourut 36 heures après.

L'examen de la pièce après l'opération et de l'utérus à l'autopsie montra qu'il s'agissait ici d'une poche kystique, développée dans l'épaisseur des parois de l'utérus, au milieu des fibres musculaires. Les parois de ce kyste sont formées par des fibres musculaires de la vie organique, dont quelques-unes présentent les modifications imprimées par la grossesse. Nulle part on ne trouve de tissu muqueux.

L'utérus, qui est peu développé relativement et n'a que 15 centimètres de longueur, présente à sa surface d'autres petits kystes de même nature et en voie de formation. Ils sont petits, remplis de sang, on les voit par transparence, sous forme de taches bleuâtres.

Observation III

(Péan. — Leçons de clinique chirurgicale, t. III, p. 980)

Kyste interstitiel des parois de l'utérus

Femme de 29 ans, réglée à 15 ans, menstruation toujours régulière.

Mariée à 18 ans, pas d'enfants.

Début : Trois ans, volume très variable de la tumeur qui paraît être influencée par la fonction cataméniale.

Pas de ponction. Le ventre a à peu près la grosseur qu'il a eu au terme d'une grossesse régulière. Tumeur globuleuse, non bosselée, lisse, unie, bien fluctuante, faisant corps avec l'utérus dont le col est trouvé très haut. Incision courte. Apparition d'une tumeur de couleur brun rougeâtre. Pas d'adhérence antérieure, ni d'ascite. Ponction : 13 litres de liquide séreux. La poche vidée, les parois qui la formaient se rétractent plus fortement que cela n'a lieu avec les kystes ovariques. En recherchant l'implantation, on voit qu'elle naît directement de l'utérus et qu'il s'agit d'un kyste interstitiel développé dans sa paroi postérieure. On lie sur cette paroi au-dessous de la cavité en serrant fortement les fils : une sorte de pédicule se trouve constituée.

Celui-ci est amené entre les lèvres de la plaie et l'angle inférieur, où on le fixe avec la portion correspondante de l'utérus.

Le reste du ventre est refermé.

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède nous pouvons conclure que les kystes non congénitaux de l'utérus existent et que la classification anatomique en kystes muqueux, interstitiels, séreux que nous en donnions au début est légitime.

I. — Les kystes muqueux ont été divisés par nous en trois groupes :

a) Kystes dus à l'hypertrophie glandulaire avec prolifération des glandes utérines ; sorte de néoplasmes kystiques dénommés par les classiques : adénomes de l'utérus.

b) Kystes développés soit dans le col aux dépens des glandes mais sans néoformation glandulaire, le plus souvent d'origine inflammatoire (œufs de Naboth), soit dans la cavité du col (kystes muqueux proprement dits).

c) Kystes muqueux du corps et du fond de l'utérus (polypes kystiques).

II. — Sous la dénomination de kystes interstitiels nous nous sommes occupé de toutes les productions

kystiques que l'on peut rencontrer dans les couches musculaires de l'utérus. D'après leur étiologie, nous avons classé ces kystes en :

a) Kystes sanguins : Nous avons montré que dans ces groupes on pourrait faire deux subdivisions :

Les kystes sanguins primitifs étudiés par quelques rares auteurs sous le nom d'angiomes de l'utérus ;

Et les kystes sanguins secondaires dus à la transformation hématique d'un kyste déjà existant.

b) Kystes hydatiques, soit primitifs, nés sur place ; soit secondaires à des kystes hydatiques des organes voisins.

c) Tumeurs fibreuses interstitielles dégénérées formant les tumeurs fibro-kystiques des classiques.

III. — Kystes séreux.

Tandis que certains auteurs étudient sous ce nom des tumeurs kystiques d'origine embryonnaire, nous ne nous sommes occupé que des kystes acquis développés sous la séreuse. Cela ne veut pas dire que nous nions l'existence des kystes séreux congénitaux.

Nous les avons groupés en deux classes :

a) Les tumeurs fibro-kystiques nées de l'utérus et ayant pris une expansion plus ou moins considérable sous le péritoine, leur point de départ se trouvant dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et rattachées à l'utérus par un pédicule. Ce sont des corps fibreux, kystiques, pédiculés, à évolution abdominale.

b) Les kystes hydatiques sous-péritonéaux, développés sous le péritoine qui recouvre les faces de l'utérus ; ces kystes, en raison même de leur évolution, présentent un intérêt spécial au point de vue obstétrical, car ils sont un danger fréquent de rupture utérine.

Pour chaque groupe nous avons étudié successivement l'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement.

Le pronostic général des kystes de l'utérus dépend de leur nature, du diagnostic plus ou moins précoce que l'on fait de la tumeur et du traitement institué. Tandis que pour les kystes muqueux l'ablation simple suffit à amener la guérison pour les kystes interstitiels et séreux, l'hystérectomie totale ou subtotale est nécessaire, le pronostic étant alors rendu plus grave du fait de cette intervention.

A l'appui de nos dires, nous avons rapporté dans chaque paragraphe les observations qui ont paru les plus précises.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Kystes muqueux

Ferrier. — Dès fongosités utérines, des kystes de la muqueuse du corps de la matrice et des polypes fibreux de l'utérus (Thèse de Paris, 1854).

Grenet. — Des kystes folliculaires de l'utérus (Thèse Paris, 1857).

Hoffbauer. — Tumeur récidivante de la muqueuse du corps utérin (Société de gynécologie du Nord-Est. Kœnigsberg, 27 février 1909).

Huguier. — Mémoire sur les kystes de la matrice et sur les kystes folliculaires du vagin.

— Mémoire de la Société de chirurgie de Paris, t. I, p. 241, 1847.

Klob.—Pathol. anat. der Weibl. sexualorgane (Wien, 1864, p. 169).

Mœricke. — Die uterus Chleimhaut, in den Verschiedenen Altersperioden und zur zeit der menstruation (Zeitschrift für Geburtshulfe und Gynäkologie, Bd. VII, 1882, p. 84).

Virchow. — Die Krankhaften-Geschwülst, Bd. I. Berlin, 1863, p. 242.

E. Weber. — Archiv. für Physiol. Heilkunde von Roser und Wunderlich. Stuttgart, 1855, p. 289.

Pozzi. — Traité de Gynécologie, p. 489.

II. — Kystes interstitiels

a) Kystes sanguins

Lafon. — Kyste sanguin de l'utérus (Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de la Rochelle, 1891, p. 96).

Boldt.— Cavernous angioma of the uterus (The amer. Jour. of obstetrics, décembre 1893, p. 834).

Klob. — Pathol. anat. der Weibl. sexualorgane (Wien, 1864, p. 173).

Webster. — Case of a large unilocular blood-cyste developing in the wall of the uterus after the menopause (The American Journ. of the med. sciences, 1895, p. 277).

Mercadé. — Kystes et abcès de l'uterus, p. 99 à 105 (Thèse Paris, 1906).

Meakin-Haarbleicher. — Kystes intrapariétaux de l'utérus (The journ. of obstetrics and gynecology of the british empire, t. XVII, n° 3 mars 1910).

b) Kystes hydatiques

Altormyan. — Hydatid of the uterus. Laparotomy. Recovery (The Lancet, 1891, t. I, p. 769).

Baker. — A case of hydatids of the Womb (Indiana M. J. Indianopolis, 1883, t. II, p. 194).

Bar et Dambrin. — De la dystocie par kystes hydatiques du bassin (Bull. de la Soc. d'obst. de Paris, t. IV, 1901, p. 294).

Beigel. — Krankh. der Weibl. Geschlechtorgane, 1869, p. 504.

Bergesio. — Sull'echinococco uterino (Bolletino del policlinico generale di Torino. Torino, 1898, anno III, n° 6, p. 76).

Bray. — Report of a case of uterin hydatids (Camad. pract. Toronto, 1888, XIII, 213).

Cadwick. — Four cases of echinococci in the female pelvis (Amer. Journ. of obst., New-York, 1874, VII, p. 668-679).

Charcot. — Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin (Gazette médicale, 1852, p. 540).

Darby. — Kyste hydatique de l'utérus (Dublin obstetrical Society. Anal. in British med. Journal, 30 mai 1874, p. 774).

Devé. — De l'échinococcose secondaire (Thèse de Paris, 1901).

Ferrant. — Hydatides de l'utérus, du corps thyroïde, etc. (Bull. Soc. anat. de Paris, t. XXXVI, 1861, p. 241).

Freund. — Tageblatt der Baden-Badener Naturf-Versamml., 1879, p. 6 et 7).

Gross. — A case of hydatid disease of the uterus (Trans. med. Soc. N.-Jersey. Newark, 1882, p. 210).

Gunzbourg. — Tumeur à échinocoques de l'utérus gravide ; perforation de la tête du fœtus avec cranioclasie. Guérison (Med. Obosrenie, 1884, n° 6. Anal. *in* Deutsche medizinal Zeitung, 1884, n° 53, et *in* Gazette médicale de Paris, 1884, p. 367).

Hewitt (Graily). — Hydatids of the uterus (Transactions of the obst. Soc. of London, vol. XII, p. 135 et 237).

Jones. — Extreme retroversion of the uterus with hydatids (The Lancet, 1879, t. I, p. 765).

Kouzmina (C.-J.). — Echinocoques de l'utérus (Kyrurgia, t. XIII, 1903, p. 678).

Laennec. — Mémoires de la Soc. de la Facult. de Médec. de Paris, tome I et unique commencé en 1805. — Bibliothèque nationale (réserve), t. 227, 46. Mémoire sur les vers vésiculaires et principalement sur ceux qui se trouvent dans le corps humain, lu à la séance du 26 pluviôse an II, p. 1804.

Lavigne Sainte-Suzanne. — Kystes hydatiques du bassin (Thèse de Bordeaux, 1893).

Macdonald. — Notes of a case of uterine hydatids (Maritime M. News. Halifax, 1883-9, I, 29).

Mac-Nevn. — Case of solidarity hydatid of the uterus. Remarks (New-York Med. Journal, 1849, II, 224-227).

Martin. — Hydatids of the uterus (Homœop. J. obst. New-York, 1881, p. 2; III, p. 29-31).

Newman. — Trans. of the obst. Soc. of London, vol. IV, 1862.

Péan et Secheyron. — Etude sur les kystes hydatiques de l'utérus (Congrès de Toulouse, 1887, p. 861, et *in* Archives de tocologie, Paris, 1887, t. XIV, p. 985).

Chifoliau. — Kyste hydatique de la cavité utérine (Progrès Médical, 1911, n° 9, 4 mars).

Porak. — Gazette hebdomadaire de méd. et chirurg., 1884, p. 137.

Riggs. — A case of hydatids of the uterus (Pitsburg med. journal, 1882, II, 43).

Rokitansky. — Handbuch der spec. path. Anatomie, 1842, Bd. II, p. 539.

Rivière. — Kystes hydatiques du petit bassin (Lyon médical, 1892, t. LXIX, p. 223).

Savariaud. — Kyste hydatique du ligament large (Congrès français de Chirurgie, 1903).

Schroeder. — Mal. des org. génit. de la femme (Trad. franç. par Lauwers et Hertoghe, 1886, p. 340).

Sherman. — Hydatids of the uterus (Homœop. Journal obst. New-York, 1889, XI, p. 19-21).

De Sinéty. — Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes (Paris, 1879, p. 472).

Szancer. — Echinococcus der Gebärmutter bei einem, 12, Iährigen Mädchen (Zeitsch. für Geb. und Gynäk., Bd IV, 1879).

Thomas. — Case of uterine hydatids accompagned with icterus (Birmingham med. Review, 1883, t. XIII, p. 199-202).

Tissier et Desfosses. — Société. obst., 14 janvier 1897.

Wiener (Max.). — Ueber Echinococcusgeschwülste des Becks als Geburtshinderniss (Clinique gynécologique de Breslau ; Archiv. für Gynäk., t. XI, p. 572).

c) **Fibro-kystes**

Lebec. — Etude sur les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus (Thèse de Paris, 1880, et *in* Paris médical, 1880, 2e série, p. 457-460).

Maire. — Grosse tumeur à transformation kystique implantée par un pédicule tordu sur le fond utérin. Ablation avec hystérectomie abdominale et subtotale (Société des sciences médicales de Lyon, novembre 1908).

Tillaux. — Utérus kystique (Annales de gynécologie, juillet 1889, t. XXXII, p. 1).

Maunoury. — Kystes volumineux, inclus dans la paroi utérine (Sarcome interstitiel de l'utérus ; Bull. Soc. anat., 1894, p. 440).

Franz-Neugebauer. — Myome kystique du fond de l'utérus (Centralblatt für Gynäkologie, 1899, n° 34).

Pozzi. — Traité de gynécologie, p. 343.

Oscar Schroeder. — Ueber cysto-fibroide des Uterus (Strasbourg, 1873).

III. — Kystes séreux

Atlée. — Volumineux kyste de l'utérus (Transactions of the Amer. Assoc., t. V, et Amer. Jour. of the med. Sciences, t. XIX, 1843).

Candelet. — Kyste interstitiel de l'utérus (Bull. Soc. Anat., 1868, 2e série, 13, p. 392).

Demarquay. — Traité clinique des maladies de l'utérus, 1876, p. 286.

Penard. — Bull. de la Soc. Anat., t. XXII, 1847, p. 11.

Perret. — Les kystes de l'utérus (Lyon médical, juillet 1898, p. 432).

Thibaut. — Kyste de l'utérus (Bull. Soc. Anat., XVIIe année, 1842, p. 164).

Somerton-Clark. — Un cas de kyste hydatique de l'utérus. Hystérectomie. Mort au bout de 49 heures (The Lancet, 12 juin 1909, n° 4476, p. 1684).

Giles. — Un cas de kyste hydatique de l'utérus (The Lancet, 24 juin 1910, p. 1700, n° 4582).

Augier et Fievez. — Kystes de l'utérus et tumeurs kystiques de l'utérus (Journal des sciences médicales de Lille, t. XXXIV, p. 1, 7 janvier 1911).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 6 décembre 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 6 décembre 1913
Le Doyen,
MAIRET

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!